FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

M. ALFRED LAVALLÉE

Né à Poilly-sur-Serein (Yonne), le 20 juillet 1875

Des

Accidents abdominaux

au Cours des Purpuras

Président : M. HUTINEL, *Professeur.*

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1911

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. LANDOUZY.

Professeurs..... MM.

Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE. WIDAL.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	MARIE (Pierre).
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et Matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie comparée et expérimentale	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DEBOVE. LANDOUZY. GILBERT.
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALLET (Gilbert).
Clinique des maladies nerveuses	N ..
Clinique chirurgicale	QUENU. RECLUS. SEGOND. DELBET (Pierre).
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	ROBIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD	DESGRE	LENORMANT.	RATHERY.
BERNARD (Léon).	DUVAL (Pierre).	LERI.	RETTERER.
BRANCA.	GOUGEROT.	LOEPER.	RICHAUD.
BRINDEAU.	GREGOIRE.	MACAIGNE.	ROUSSY.
BROCA (André).	GUENIOT.	MAILLARD.	ROUVIERE.
BRUMPT.	GUILLAIN.	MORESTIN.	SCHWARTZ.
CAMUS.	JEANNIN.	MULON.	SICARD.
CARNOT.	JOUSSET.	NICLOUX.	TERRIEN (F.).
CASTAIGNE.	LABBE (Marcel).	NOBECOURT	TIFFENEAU.
CHEVASSU.	LAIGNEL-LAVASTINE.	OKINCZYC.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LANGLOIS.	OMBREDANNE.	
COUVELAIRE.	LECENE.	PROUST.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

241

A M. le Professeur HUTINEL

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'Honneur.

C'est dans le service de ce Maître et en suivant ses leçons cliniques que nous avons appris à soigner les enfants. Nous le remercions de tout cœur de son accueil si bienveillant et le prions d'agréer, pour l'honneur qu'il nous fait en présidant cette thèse, l'expression de notre vive gratitude.

A M. le Docteur NOBÉCOURT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux

qui nous a donné l'idée de ce travail et qui nous a prodigué son enseignement et ses conseils, nous adressons ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A MES MAITRES

MM. le Docteur Le Gendre, médecin de l'Hôpital Lariboisière (1904-1905).

le Professeur Le Dentu, chirurgien de l'Hôtel-Dieu (1905-1906).

le Professeur agrégé Mauclaire, chirurgien des Hôpitaux (1905-1906).

le Professeur Debove, médecin de l'Hôpital Beaujon (1906).

le Professeur agrégé Bonnaire, accoucheur de l'Hôpital Lariboisière (1906-1907).

le Professeur agrégé Sébileau, otorhinolaringologiste de l'Hôpital Lariboisière, 1907.

le Professeur agrégé Reynier, chirurgien de l'Hôpital Lariboisière (1908-1909).

le Docteur Barié, médecin de l'Hôpital Laënnec (1909-1910).

A MM. les Docteurs Naud et Ramond (1907-1908).

A MES AMIS

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/desaccidentsabdo0000vari

HISTORIQUE

Les phénomènes gastro-intestinaux et les accidents abdominaux au cours du purpura ont été le sujet de nombreux travaux. Ils furent étudiés d'abord par Willan (*Cutaneous diseases*, 1808, p. 457). Depuis cette date déjà lointaine, des observations successives sont venues établir de façon précise un chapitre de pathologie que n'avaient pas signalé les Manuels français. Citons les observations de Stieldorf (1864) et Wagner (1869), avec autopsie ; une très intéressante observation de Couty (1876) ; des observations de Comby (1880) ; Faisans (1882) ; Binet (1886).

Hénoch (1868, 1874, 1903) et ses élèves décrivent un groupe de purpuras que les Allemands et les Anglais appellent Hénoch's purpura. Cette « forme gastro-intestinale ou pseudopéritonéale du purpura exanthématique » dont elle est « une sous-variété » (Apert), fournit toute ou presque toute la matière de notre étude.

La thèse de Martin de Gimard (1890) contient trois observations de purpura avec accidents abdominaux : dans l'une il y avait de violentes douleurs abdominales ; dans l'autre les vomissements rappelaient ceux de l'intoxication saturnine ; dans le troisième cas (observation de M. Méry) on crut d'abord à un étranglement interne, puis à une typhlite.

M. Hutinel, dans la *Semaine médicale* du 2 avril 1890

(p. 105) rappelle ce dernier cas qu'il a vu, et cite celui d'un enfant chez qui un médecin de la ville avait fait le diagnostic d'intoxication par le plomb.

Milligan (1890), Silbermann (1890), rapportent des observations, avec autopsie. Dans la dernière il y avait une perforation gastrique.

Citons les observations d'Osler (1895), Le Gendre (1898).

Dans sa thèse (1902), Calmels décrit un cas dans lequel les symptômes simulant une appendicite, on fit une laparotomie inutile. Il rapporte aussi une observation de Rendu (1874), dans laquelle la douleur abdominale simulait la colique hépatique.

Jacobson (1903) observe une appendicite hémorragique comme première manifestation d'un purpura.

Laing Gordon décrit un cas rare, avec chorée.

Harold Burrow (1904) pratique une laparotomie pour une invagination que ne confirme pas l'opération ; l'éruption purpurique apparaît ensuite.

David (1904) relate un cas mortel, avec autopsie.

Sutherland (1904) rapporte deux cas : dans l'un la laparotomie fit penser à une invagination spontanément réduite ; l'autre était une péritonite par perforation consécutive à une invagination.

Grenet, dans sa thèse (1905), étudie la pathogénie du purpura et cherche à réaliser expérimentalement sur les animaux les lésions cutanées du purpura exanthématique et les lésions intestinales du purpura à crises abdominales.

Longley cite un cas traité avec succès par l'adrénaline et l'arsenic.

Bérard et Roubier (1907) étudient la classification et la

pathogénie des purpuras et donnent un résumé des troubles gastro-intestinaux au cours du purpura rhumatoïde.

Guinon et Vielliard font une courte communication au Congrès de Pédiatrie d'Alger sur les « pseudopéritonites purpuriques de l'enfance. »

Quelques mois plus tard, Vielliard publie une « Etude des crises douloureuses abdominales en rapport avec le purpura. » Cette thèse, fortement documentée, résume les travaux antérieurs. Elle contient 35 observations dont une douzaine au moins sont personnelles ou inédites, et met la question au point. En décembre 1907, Guinon et Vielliard font paraître dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* (p. 529 à 562), un article sur « Les paroxysmes douloureux abdominaux au cours du purpura chez l'enfant. »

Depuis la thèse de Vielliard, de nombreux mémoires sur cette question ont vu le jour et des observations nouvelles ont été collationnées, en France et à l'étranger.

En 1908, Döbeli, médecin d'enfants à Berne, publie dans le *Correspondenzblatt für Schweitzer Aerzte* (n° 8, p. 204), une observation très longue et très intéressante dont nous donnons un résumé dans notre thèse. Dans trois numéros (7, 8, 9) de cette revue, il étudie le « purpura abdominalis » et spécialement sa pathogénie, qu'il formule en 5 propositions.

Zaaijer, de Leyde, dans la *Tijdschrift voor geneeskunde* (15 aug. 1908, n° 7), rapporte deux observations récentes d'invagination au cours du purpura, invagination qu'il attribue au purpura lui-même. Dans un de ces cas il y avait une réaction méningée très nette.

Greig (*Scottich medical and surgical Journal,* avril 1908)

donne une observation précise que Hugh Lett reproduit (*Lancet*, 1909, n° 11, p. 534). Ce dernier publie en même temps plusieurs cas personnels concernant des invaginations accompagnant le purpura. Il s'attache au diagnostic différentiel entre l'invagination et les crises douloureuses du purpura.

J. Porter Parkinson communique à la *Royal Society of Medicine* de Londres (séance du 26 mars 1909) trois observations de purpura avec crises abdominales et néphrite, publiées dans le *Lancet* (1909, 1er vol., p. 1179).

Sutherland (*Lancet* du 26 juin 1909) apporte des observations nouvelles à l'appui de ses théories concernant le mode de production des invaginations au cours du purpura. Il passe en revue 23 cas de purpuras avec troubles intestinaux.

Percival Mills (*Lancet*, 24 juillet 1909, 2e vol., p. 223) publie un cas de « purpura avec crises abdominales dues à l'extravasation sanguine intestinale. » Une laparotomie inutile avait été pratiquée.

Pybus, de Newcastle (*Lancet*, 9 oct. 1909), relate au contraire une laparotomie suivie de guérison pour invagination au cours d'un purpura.

Signalons un article de Day (Henoch's purpura) dans le *British medical Journal* du 13 nov. 1909.

Cook (*Lancet* du 27 nov. 1909) rapporte une observation de purpura avec symptômes d'invagination intestinale, où la laparotomie puis l'autopsie ne montrèrent aucune invagination, mais seulement des lésions de purpura hémorragique.

Collinson (*Lancet*, 12 mars 1910, p. 716), Betham Robinson (*Lancet*, 1er octobre 1910), rapportent des observations d'invagination au cours du purpura.

En France, Tarrieux et Vidal, médecins militaires, dans une communication à la Société de médecine militaire française (séance du 23 janvier 1908), tentent de dégager la pathogénie des crises douloureuses abdominales survenues dans un purpura rhumatoïde et hémorragique.

Citons une observation de Goldsmith (thèse 1909) : un cas de troubles gastro-intestinaux dans une maladie de Werlhof.

Mais parmi les auteurs français, il faut surtout noter les travaux du professeur Hutinel et de ses élèves. Le traité du professeur Hutinel (*Les maladies des enfants*, 1909) renferme un chapitre très précis consacré à l'étude des purpuras et particulièrement aux formes abdominales.

Dans une leçon clinique du 12 février 1910, publiée dans le *Journal de Médecine de Paris* du 30 avril 1910, M. le professeur agrégé Nobécourt, traite des « accidents abdominaux au cours des purpuras» et étudie 4 observations inédites du service du professeur Hutinel.

Une communication de MM. Nobécourt et Tixier (Considérations cliniques et hématologiques sur quelques cas de purpura) à la *Société médicale des Hôpitaux* (séance du 22 avril 1910) a trait à des maladies qui ont présenté des accidents abdominaux.

Nous avons trouvé un cas de purpura avec crises abdominales dans une communication de MM. Nobécourt et Tixier à la Société de Pédiatrie de Paris (séance du 15 novembre 1910).

Enfin M. le professeur Hutinel, dans une leçon du 3 décembre 1910, cite des cas de purpura avec crises abdominales douloureuses, hématurie et néphrite.

*
* *

C'est dans le service de M. le professeur Hutinel que nous avons rencontré les malades qui font l'objet de notre travail. Nous avons pensé qu'il était intéressant de dire ce que nous avions vu, de rechercher à propos de ces cas ce qui avait été écrit sur le même sujet. Et, sur le conseil éclairé de M. le professeur agrégé Nobécourt, nous avons entrepris cette étude modeste.

NOTIONS PRÉLIMINAIRES

Le purpura est en réalité un symptôme. Ce symptôme est constitué par une éruption caractéristique. Les lésions élémentaires de la peau, dans cette éruption, sont « des taches plus ou moins arrondies et régulières, toujours multiples, mais plus ou moins nombreuses, pouvant être confluentes, d'un rouge vif ou bleuâtre, parfois noirâtres, ne disparaissant pas sous la pression du doigt, et subissant ensuite les diverses transformations des épanchements sanguins. Ce sont, en effet, de petites extravasations sanguines » (Brocq).

Le siège de cette éruption est fréquemment les membres inférieurs. Mais le purpura peut être généralisé à toutes les régions du corps. La station debout, la marche, favorisent son apparition. L'éruption peut se faire en plusieurs fois, par poussées successives. Elle présente parfois aussi une symétrie parfaite. Cette symétrie est particulièrement nette dans une de nos observations (Obs. I).

Le purpura est caractérisé, étudié comme symptôme ; catalogué, classé comme tel, dans un grand nombre d'affections. Il existe dans les grandes pyrexies ; au cours de certains empoisonnements (calomel, iode, etc.). Il peut aussi être dû à des causes locales connues : phlébites, névrites.

Ce purpura-symptôme, rattaché soit à une cause locale,

soit à une affection bien caractérisée, ne sera pas envisagé dans notre travail. Notre étude ne portera que sur les purpuras-maladies. En réalité, le purpura reste toujours un symptôme, là comme ailleurs. Mais il est le symptôme d'une maladie ou de maladies dont l'agent infectieux est encore inconnu. Les purpuras occupent donc dans la pathologie une place provisoire ; et provisoire sans doute aussi, est la classification de ces purpuras primitifs en purpura infectieux, purpura hémorragique, purpura rhumatoïde ou exanthématique ; purpura non fébrile ou maladie de Werlhof.

C'est particulièrement dans la variété rhumatoïde que se rencontrent les phénomènes intestinaux qui font l'objet de notre étude. C'est parmi les purpuras rhumatoïdes que se produisent les accidents abdominaux, crises et phénomènes péritonéaux, parfois perforations.

L'hémorragie est le caractère essentiel du purpura. Elle se produit dans presque tous les cas où sont notés des accidents abdominaux. Avec les douleurs abdominales et les vomissements, la diarrhée sanglante forme la symptomatologie de la « crise abdominale ». Et l'on sait que les troubles gastro-intestinaux avec les douleurs articulaires et l'éruption cutanée constituent la triade de Schœnlein, qui caractérise le purpura rhumatoïde. C'est donc parmi les purpuras rhumatoïdes qu'il faut classer la plupart des observations de notre travail. Disons tout de suite que ce classement est parfois difficile, et que notre observation III, par exemple, malgré les douleurs articulaires, se rapproche beaucoup par l'état général, la fièvre, des purpuras infectieux. Enfin, nous avons trouvé dans la thèse de Goldsmith un cas de maladie de Werlhof accom-

pagné de douleurs abdominales paroxystiques. L'auteur note en effet « des crises dysentériformes aiguës, des envies fréquentes avec ténesme, des selles diarrhéiques mélangées de sang ; 20 selles en 24 heures ». C'est là une exception, puisqu'il est classique de dire, avec Marfan, que les troubles intestinaux n'existent pas dans la maladie de Werlhof.

Les accidents abdominaux sont donc assez fréquents au cours des purpuras, et surtout des purpuras rhumatoïdes. Ils peuvent cependant faire complètement défaut, même dans cette variété.

C'est ainsi que dans la thèse d'Apert, aucun symptôme intestinal n'est décrit parmi les nombreuses observations relatées par l'auteur. Ils sont aussi plus ou moins accusés, tantôt passagers, prenant la forme de coliques simples, accompagnés ou non de selles sanglantes et diarrhéiques (Obs. II), tantôt simulant une appendicite (observation de Sutherland), tantôt faisant songer à une typhlite (observation de M. Méry in thèse de Martin de Gimard), tantôt simulant un empoisonnement (thèse de Calmels, obs. X), ou une invagination intestinale (obs. XII, XVI, XVIII), parfois enfin allant jusqu'à la perforation (observation de MM. Nobécourt et Tixier).

SYMPTOMATOLOGIE

Douleurs abdominales, vomissements, diarrhée, tels sont les trois termes des crises abdominales ; tels sont aussi les symptômes qui accompagnent tous les accidents abdominaux au cours des purpuras.

Ce sont phénomènes à peu près constants. Nous les voyons dans nos observations et aussi dans les observations antérieures. La crise est seulement plus ou moins aiguë. Il est difficile d'établir un ordre chronologique certain entre ces différents symptômes.

Douleurs abdominales. — La douleur abdominale peut précéder, ou accompagner, ou suivre les vomissements ou la diarrhée. Chez le malade de notre observation II, la douleur abdominale s'accompagne de diarrhée sanglante. Chez notre malade de l'observation I, les vomissements précèdent de près de 8 jours les premières douleurs abdominales. Dans notre observation III, les douleurs marquaient le début de la crise, de même que dans nos observations IV et V.

Cependant, dans la généralité des cas, les douleurs ne

se produisent pas à l'état isolé. Elles peuvent précéder ou suivre la diarrhée.

Les douleurs sont, en tous cas, le symptôme qui est le plus constant.

Siège des douleurs. — Vielliard les localise surtout dans la région périombilicale ou épigastrique. Leur siège est en réalité variable et si ces douleurs sont fréquemment localisées autour de l'ombilic, elles peuvent aussi s'observer dans la fosse iliaque droite (Obs. I et VI) et même de façon précise au point de Mac-Burney (Obs. VI de Vielliard, Obs. I de Calmels). La laparotomie pratiquée dans ce cas par erreur, montre un appendice sain.

La douleur n'est pas d'ailleurs absolument fixe. Elle peut changer de place, passer de la fosse iliaque droite à la fosse iliaque gauche ou devenir diffuse ou irradier vers les lombes (Obs. V).

Caractères des douleurs. — Les douleurs prennent assez souvent la forme de coliques : elles sont dans ce cas brusques, passagères, paroxystiques. Le petit malade de notre observation II souffrait brusquement. Il ne savait quelle position prendre. Il ramenait ses genoux contre son thorax. De même dans notre observation I.

On note aussi de l'agitation, de l'insomnie.

Parfois la douleur est au contraire sourde, réveillée par la pression (observation V de Vielliard). « La douleur est violente, en forme de coliques ; le malade pousse des cris et s'agite dès qu'on appuie la main sur l'abdomen » (Vielliard). Elle est rarement continue. La durée en est difficile à fixer : quelques minutes dans les cas légers ; une demi-heure parfois. Après quelques jours de répit, elle peut reparaître. Il est fréquent de constater cette

douleur à quelques jours d'intervalle chez le même malade.

Vomissements. — Les vomissements ne sont pas aussi constants que les douleurs abdominales. Ils manquent dans notre observation II, où cependant les crises abdominales sont des plus nettes. Ils sont habituellement alimentaires les premières fois, puis bilieux, verdâtres (obs. IV). Ils peuvent être porracés d'emblée. Ils sont souvent aussi striés de sang (obs. I).

Ils peuvent être aussi, bien que rarement, fécaloïdes. Dans l'observation rapportée par Harold Burrow, où une laparotomie fut faite par erreur, ce chirurgien anglais dit : « Pour ce qui est du vomissement fécaloïde, on peut douter qu'il se soit produit. Pour ma part, je crois qu'il a eu lieu. » Comby parle de vomissements fécaloïdes (*Presse médicale*, 1880), de même que Sutherland dans une de ses observations. Mais dans ces deux cas suivis de mort, l'autopsie montra une invagination. Les vomissements sont généralement faciles. Ils peuvent se présenter en même temps que les douleurs abdominales et leur arrivée dans ce cas augmente ces douleurs ou bien les diminue.

Les vomissements sont parfois extrêmement tenaces, incoercibles. L'estomac du malade ne peut rien supporter.

Selles sanglantes. — Les selles sanglantes sont fréquentes, mais moins constantes que la douleur. Nos observations I et III n'en présentent pas. Généralement les selles sont diarrhéiques, striées de sang rouge (obs. II), « accompagnées d'épreintes », ou bien elles sont noires (obs. V), ou dysentériformes, glaireuses.

Leur nombre est variable : 15 à 20 par jour au début et 5 ou 6 seulement ensuite chez notre malade de l'observation V ; 4 ou 5 chez notre malade de l'observation II.

Elles suivent souvent les douleurs abdominales. Ces selles diarrhéiques ne se présentent généralement pas au début de la crise. Souvent, au contraire, c'est à la suite d'une constipation opiniâtre que sont notés les phénomènes abdominaux.

La constipation est même la règle au début des crises abdominales douloureuses.

*
* *

En vérité ces trois symptômes : douleurs, vomissements, diarrhée sanglante, forment un faisceau, constituent la crise abdominale.

L'un d'eux peut manquer.

Peut-être même ne devrait-on pas les isoler aussi nettement, car les crises au cours des purpuras ne sont pas purement abdominales. D'autres symptômes les accompagnent. Elles ont toujours, en tous cas, le caractère de « crises ». Elles sont passagères, périodiques, atténuées ou exacerbées. Elles ont des rapports avec l'éruption purpurique, soit qu'elles la précèdent, soit qu'elles la suivent. Dans un même cas on peut voir l'éruption précéder la crise, puis une nouvelle crise être suivie d'une nouvelle éruption (obs. I). Cette éruption ne présente d'ailleurs aucun caractère particulier. Souvent localisée aux membres inférieurs, mais à siège variable, elle peut aussi présenter les caractères d'une symétrie absolue. Cette symétrie est parfaite dans notre observation I. Les éléments ont la forme habituelle des éruptions purpuriques, soit taches du diamètre d'une lentille, soit pétéchies, soit ecchymoses.

La palpation du ventre est douloureuse mais possible. L'abdomen est rétracté, les muscles contracturés. On note assez fréquemment du météorisme abdominal. La langue est blanche, saburrale généralement.

Peu de fièvre, 37°5-38. Dans notre observation III on voit, au moment de certaines crises à caractères péritonéaux, survenir de l'hypothermie.

Le pouls est également variable. Il est régulier dans son rythme. Dans notre observation II il est aux environs de 100, bien frappé. Il est rapide et filiforme dans l'observation III.

Il est fréquent de rencontrer aussi d'autres phénomènes qui suivent, accompagnent ou précèdent les crises abdominales. Ce sont d'abord d'autres éruptions que le purpura : érythème noueux (obs. I), érythème polymorphe, de l'urticaire, de l'œdème, œdème débutant à la paupière mais pouvant aussi siéger ailleurs (mains, pieds, etc.), existant sans qu'aucune albuminurie soit notée. Ce sont aussi, et cela se conçoit, les hématuries. L'hématurie est fréquente dans les purpuras. La néphrite s'y présente aussi fréquemment (obs. I et II).

Enfin dans une de nos observations nous avons relaté une véritable crise d'épilepsie jacksonnienne. Le petit malade qui avait eu la veille au soir, à 6 heures, une selle sanglante, présente le lendemain matin, à 8 heures, de l'agitation. Les yeux se tournent du côté droit ; nystagmus net. Puis apparaissent des mouvements convulsifs, d'abord localisés au côté gauche de la face, puis s'étendant au membre supérieur gauche, puis à droite, au bras. Ces crises se renouvellent pendant 3 heures.

Ces faits sont à rapprocher d'une observation publiée par Vielliard où sont décrits des phénomènes convulsifs, de « violentes contractures de la face débutant à droite. » La crise dure dans ce cas 5 heures.

Ils sont à rapprocher aussi d'une observation de Zaaijer, dans laquelle le malade présente des mouvements convulsifs localisés au côté droit et suivis d'une paralysie passagère.

Il s'agit là, sans doute, de petites hémorragies méningées.

Hémorragies intestinales. — Nous n'avons pas jusqu'ici parlé des hémorragies intestinales violentes. Dans nos observations on trouve noté « selles sanglantes », selles striées de sang. Ce sont là faits habituels dans les crises abdominales. Le sang disparaît d'ailleurs des selles assez rapidement, alors même que la crise s'accompagne encore de diarrhée. Parfois cependant se produisent des hémorragies intestinales soudaines. C'est ainsi que chez un malade de Martin de Gimard (obs. VII de sa thèse) on voit, après quelques selles mélangées de sang, apparaître le lendemain une hémorragie intestinale violente (3 verres de sang rouge). Cet accident s'accompagne « de refroidissement de tout le corps ». Le malade a de plus un aspect adynamique. Puis, la maladie suit son cours, sans que de nouvelles hémorragies soient notées. Le malade a succombé à des phénomènes infectieux. De même chez le malade de M. Nobécourt (obs. VII) « de fortes hémorragies » intestinales se produisent, qui déterminent une tendance à la syncope.

Dans une observation que nous reproduisons, on voit, à côté de symptômes péritonéaux, du melœna et des hématémèses qui apparaissent le lendemain du jour où le

malade avait eu de l'hypothermie, « les extrémités froides, un pouls rapide et filiforme. »

Il semble bien que dans le cas de Milligan rapporté par Vielliard, la mort du malade ait été causée par une hémorragie intestinale. Il est question d'une douleur violente survenant dans la région abdominale droite chez un malade atteint d'une éruption de purpura qui semblait bénigne. Le malade reçoit une alimentation substantielle : les douleurs s'accusent de plus en plus, « les mouvements du cœur sont plus faibles » puis survient de la difficulté à respirer suivie d'une mort presque subite. L'autopsie révèle « une grande quantité de sang dans l'intestin ». Dans ces cas, l'hémorragie intestinale prend le pas sur les autres symptômes et constitue un danger grave.

Accidents péritonéaux. — Dans un assez grand nombre d'observations on voit se produire des symptômes péritonéaux. Ces symptômes sont extrêmement accusés dans notre observation III : traits tirés, yeux cernés, excavés, hypothermie, douleur, pouls rapide. Ces symptômes se présentent à plusieurs reprises, inquiétants, au point de faire naître l'idée d'une intervention.

« Le facies abdominal existe à un haut degré », lit-on dans l'observation de M. Méry (thèse de Martin de Gimard).

Le météorisme est aussi fréquent.

Dans l'observation de Harold Burrow, le malade avait aussi le facies abdominal, pouls à 120, ventre immobile et vomissement fécaloïde. Le diagnostic d'invagination fut porté et la laparotomie pratiquée. Il n'y avait pas d'invagination.

Il en fut de même pour le malade de Cook (obs. XII).

Dans l'observation de Longley, les traits sont tirés, les yeux excavés, le facies anxieux. Il y avait de l'hypothermie, des vomissements fécaloïdes. Les symptômes étaient d'une telle gravité qu'ils faisaient penser à la perforation.

En vérité, les phénomènes qui font penser à la perforation sont simplement signes de la péritonite : facies grippé, vomissements porracés. Et ces phénomènes peuvent exister, comme nous venons de le voir, sans qu'il y ait perforation. Ils disparaissent le plus souvent et ne présentent qu'une gravité apparente. Mais la péritonite a été signalée, et vérifiée à l'autopsie (observation de Wagner in thèse de Vielliard). Dans ce cas la péritonite ne s'accompagnait pas de perforation.

Perforations. — La perforation est cependant un accident qui peut se rencontrer au cours des purpuras. Elle est nettement signalée dans l'observation de Zimmermann et dans l'observation de Silbermann (rapportées par Vielliard). Elle siège à la paroi stomacale, dans cette dernière.

Les perforations sont notées avec moins de précision dans l'observation de Zimmermann qui n'ose pas affirmer qu'elles ne sont pas le fait de lésions d'autopsie. La perforation siège à l'intestin dans l'observation que notre maître M. Nobécourt a bien voulu nous permettre de publier. Chez ce malade (Obs. VI), la perforation se produit au cours d'un purpura rhumatoïde qui débute par des douleurs.

Il y a en même temps des douleurs abdominales et des hémorragies intestinales. La température demeure aux environs de 38°, 38° 2. Une crise plus violente de douleurs se produit : la température monte un soir à 40° pour revenir à 38°7 dès le lendemain matin. Vomissements porracés

le surlendemain. Température 37°2. Météorisme. Pouls à 150. Vomissements sanglants. Bref, tous les signes de péritonite.

L'autopsie révèle une péritonite généralisée. La perforation « grosse comme une tête d'épingle » siège à 15 centimètres du pylore.

A quel moment la perforation s'est-elle faite ? Il est très difficile de le dire. Une semaine avant la mort, une poussée thermique s'est produite, précédant elle-même de 3 jours de violentes douleurs dans la région abdominale ainsi que de la contracture des muscles de la paroi. Il est probable que la perforation eut lieu au moment de ces douleurs violentes.

En réalité, les signes de la perforation sont, comme dans la fièvre typhoïde, assez difficiles à préciser, et le diagnostic de cette complication si grave est souvent fait par les symptômes de la péritonite subséquente.

Quoi qu'il en soit, on ne saurait trop attirer l'attention sur cet accident suivi de mort dans tous les cas signalés.

Invagination intestinale. — Ces symptômes de péritonisme ont encore une cause qui, bien que rare, n'est pas cependant exceptionnelle : l'invagination.

L'invagination a été signalée au cours du purpura dans les observations de Sutherland. Depuis lors, nous avons trouvé des observations très précises publiées par des chirurgiens anglais, allemands et hollandais. Dans l'observation de Zaaijer (de Leyde), au cours d'un purpura rhumatoïde apparurent des douleurs violentes, puis des vomissements. La palpation permettait de sentir dans la région ombilicale, à droite, une tumeur oblongue, mobilisable.

L'opération fit constater qu'une partie de l'iléon était de couleur rougeâtre, rappelant, dit l'auteur, « ce que l'on observe souvent sur des intestins qui, pendant longtemps, ont été irréductibles et légèrement pincés ».

Zaaijer admet qu'il y avait eu une invagination intestinale.

La douleur survenait par accès « très violents » chez un autre malade de Zaaijer, au cours d'un purpura typique. La laparotomie fit voir un repli intestinal de couleur noirâtre : invagination diagnostiquée exactement et guérie par l'intervention chirurgicale (Obs. IX).

Dans un cas difficile de Döbeli, où les symptômes avaient d'abord été attribués à un empoisonnement par le plomb (l'enfant jouait avec des soldats de plomb), on fit ensuite le diagnostic « d'ileus par coprostase » et enfin celui « d'ileus par invagination chronique, dû à une constipation chronique » (Obs. XVII).

Hugh Lett, en février 1909, publie un cas très net d'invagination dans lequel les symptômes péritonéaux étaient fort accusés. Le malade, bien qu'opéré, mourut de péritonite généralisée et l'invagination fut constatée à l'autopsie (Obs. XI).

Mills, de Londres (Obs. XVI), signale également un cas où les douleurs abdominales furent d'une extrême violence, avec selles fluides et sanglantes. Bien que la palpation n'eût précisé en rien le diagnostic, on intervint chirurgicalement. On trouva sur tout l'intestin grêle des taches espacées de 9 à 12 pouces ; l'une d'elles, plus étendue, siégeait auprès de la valvule iléo-cœcale et « s'étendait tout autour de l'intestin ». Enfin « au niveau du duodénum il y avait une cicatrice annulaire causant un léger rétrécissement, et ressemblant à la cicatrice d'une ancienne invagination. Les

premiers éléments de l'éruption purpurique n'apparurent qu'après l'intervention.

Le petit malade de Robinson avait présenté une éruption purpurique : il avait des douleurs abdominales et des selles muco-sanguinolentes. Nul vomissement ; mais la palpation faisait sentir une tumeur que l'on pouvait déplacer. L'opération montra qu'il s'agissait d'une vaste invagination », et après la résection de 72 centimètres d'intestin grêle, le malade guérit (Obs. XIV).

Dans le cas de Collinson, au cours d'un purpura apparurent de violentes douleurs avec des vomissements et des signes d'occlusion. La laparotomie montra une invagination de 25 centimètres de long, et après résection d'une portion d'intestin le malade guérit (Obs. XV).

L'invagination mérite donc d'attirer l'attention. Elle peut apparaître avant ou pendant l'éruption, accompagnée de symptômes abdominaux qui semblent bien disparaître avec elle.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des accidents abdominaux est facile, si la poussée purpurique les précède. La nature de l'affection est ainsi connue : il y a l'éruption caractéristique, les éléments classiques ; les trois symptômes capitaux : douleurs, vomissements, diarrhée sanglante. C'est là, en somme, le principal. Le diagnostic étiologique importe moins. La barrière qui sépare les purpuras infectieux des purpuras rhumatoïdes, est souvent imprécise.

En tous cas, nous saurons déjà par les symptômes intestinaux qu'il ne s'agit pas d'une maladie de Werlhof, un seul cas de maladie de Werlhof s'accompagnant de crises abdominales ayant été décrit.

Le diagnostic est, par contre, extrêmement difficile si l'éruption n'existe pas au moment des crises, soit quelle ait pu passer inaperçue auparavant, longtemps même, quelques semaines ; soit qu'elle n'ait pas encore fait son apparition. Dans ce dernier cas, les difficultés sont très nombreuses. On se trouve en effet en présence de symptômes d'une crise qui peut simuler une colique de plomb, comme dans le cas de M. Hutinel et dans le cas de Döbeli. On recherchera d'abord d'autres symptômes.

Ou bien encore on peut penser à une colique hépatique (observation de Rendu publiée par Calmels). Mais dans ce cas, à part la douleur, il n'y avait pas d'autres symptômes

attirant l'attention sur le foie : pas d'ictère ; urines normales.

On peut aussi songer à une crise de coliques néphrétiques. Le siège de la douleur gagne parfois la région lombaire.

On peut aussi croire à un empoisonnement.

Il ne faut pas non plus oublier les crises tabétiques. Mais ici les autres symptômes facilement constatés éclaireront la situation, bien que dans certains cas de purpuras on ait noté l'abolition des réflexes rotuliens (Obs. II et Vielliard, Obs. III). Dans ces deux cas il y eut des signes d'épilepsie jacksonnienne.

L'erreur est plus difficile à éviter si les symptômes abdominaux par leur siège, par leur localisation précise au point de Mac-Burney, simulent une appendicite. En réalité, le diagnostic d'appendicite ne se fait pas seulement sur un symptôme, mais sur un ensemble de symptômes, sur une suite de symptômes.

Et, dans ce cas, il est rare de voir une crise abdominale de purpura présenter tous les symptômes d'une appendicite. Le diagnostic est cependant fort délicat, étant donnés les symptômes péritonéaux que peuvent présenter les crises de purpura et, surtout au début, en face d'un malade amené pour une douleur abdominale bien localisée, on songe plutôt à une appendicite qu'à un purpura. C'est ce qui explique les erreurs commises et les interventions pratiquées à tort dans quelques cas.

Il est une autre erreur sur laquelle le professeur Hutinel a attiré l'attention. Un enfant « est pris, un beau jour, d'un point de côté, sans fièvre ni frissons, puis on vit apparaître, au niveau des bourses et sur la face un œdème tellement marqué qu'au moment où l'enfant fut amené à

l'hôpital, on le reçut comme atteint d'anasarque scarlatineux ». Mais les urines, dans ce cas, ne renfermaient pas d'albumine. L'urémie à forme gastro-intestinale doit cependant être envisagée, surtout si, comme cela est assez fréquent, le malade atteint des crises du purpura présente de l'œdème. Disons aussi que le diagnostic sera fort délicat en présence d'une néphrite comme il en peut exister dans le purpura (Obs. I) ; seule l'éruption peut, dans ce cas, permettre le diagnostic.

Les crises du purpura peuvent enfin faire songer à une occlusion intestinale. Mais dans le purpura les vomissements fécaloïdes sont rares.

Le diagnostic le plus difficile est sans nul doute le diagnostic avec l'invagination. Il est difficile d'abord à un moment où l'éruption purpurique n'existe pas encore. Et ce cas n'est pas très rare. Aucun symptôme ne permet de dire à cette période qu'il va s'agir d'un purpura. L'âge de l'enfant peut seul guider. L'erreur est, en dehors de cette indication, presque fatale. Mais encore, le purpura existant, il est délicat de faire le diagnostic entre une invagination et une crise abdominale simple. Dans les deux cas il y a de la diarrhée, ou il peut y en avoir, avec les mêmes caractères ; des vomissements, des douleurs paroxystiques. On ne peut se baser sur l'absence ou la présence régulière de ces symptômes. Les crises abdominales simples peuvent en effet très bien être incomplètes, et à ce point de vue encore il nous semble que l'on a tendance à trop schématiser les crises abdominales.

Les auteurs anglais insistent surtout sur les signes fournis par la palpation abdominale. Le palper peut en effet révéler une tumeur assez précise dans sa forme, mobilisable.

Mais encore cette tumeur n'était-elle pas toujours sensible, même sous le chloroforme, dans certains cas confirmés d'invagination. Et d'autre part Hugh Lett déclare avoir rencontré un cas dans lequel une hémorragie à l'intérieur du mésentère fut prise pour une invagination.

Enfin, il semble logique d'admettre, avec Sutherland, que l'hémorragie intestinale joue un rôle dans la production même des invaginations au cours des purpuras ; et la difficulté augmente de ce fait. Les invaginations pourraient, d'après les auteurs anglais, disparaître spontanément dans certains cas, laissant des traces remarquées lors des interventions. Elles peuvent aussi se reproduire au cours d'un même purpura : ce qui pose alors le diagnostic de l'intervention.

Ce diagnostic de l'intervention est surtout utile au cas de perforation. Il serait donc très important de diagnostiquer rapidement la perforation au cours du purpura. Ce diagnostic est fort difficile, étant donnés les symptômes que nous avons vus survenir dans les crises simples. Et la péritonite se généralise en précisant le diagnostic à un moment où il n'est plus temps d'opérer.

PRONOSTIC

Les accidents abdominaux au cours des purpuras se terminent généralement par la guérison. Les crises s'espacent, la diarrhée ne contient plus de sang, puis disparaît. La convalescence s'établit. Il semble bien que le pourcentage donné par Osler (21 % de morts) ne réponde pas à la réalité, qui est moins noire. Et même dans les crises à caractères accentués ; même dans les cas où la violence était telle qu'on pouvait songer à une intervention (Obs. III, observations de Calmels, Martin de Gimard, etc.), malgré le nombre énorme des selles dans certains cas (20 à 25 par jour chez l'un de nos malades : Obs. V), le pronostic fut favorable.

Il ne faudrait cependant pas être trop optimiste. De nombreuses réserves sont à faire. D'abord pour l'avenir. Les crises, comme le purpura, peuvent revenir, et il semble bien qu'il y ait « prédisposition » au purpura. Ensuite, parce que dans la maladie elle-même, dans le présent, de graves complications sont à craindre : les hémorragies qui peuvent brusquement emporter le malade, hémorragies intestinales, gastriques, les perforations — et la néphrite.

La néphrite est fréquente et grave dans les purpuras, et elle accompagne fréquemment les accidents abdominaux. Elle est relatée dans des observations suivies de mort (Viel-

liard, Osler). Dans une observation publiée par M. Massous en 1891, on voit une néphrite hémorragique s'installer et la mort arriver « précédée d'une grande diminution du liquide urinaire, d'abaissement de température et d'accès de dyspnée. Elle semble due à des accidents urémiques ». « La plupart des cas de néphrite que nous avons pu relever, dit M. le professeur Hutinel, se sont produits chez des sujets qui avaient présenté des crises gastro-intestinales douloureuses ». Ces néphrites sont lentes à guérir.

Dans ces cas (Moussous, Nobécourt) on voit aussi apparaître des complications cardiaques (endocardites, endopéricardites). Enfin M. le professeur Hutinel insiste encore, dans ses cours, sur les hémorragies méningées, particulièrement dangereuses. Il est bien évident que l'hémorragie est toujours à craindre et que le danger dépend de ses localisations.

Quant aux invaginations, leur pronostic est toujours très réservé.

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

La plupart des observations que nous avons relatées et des observations que nous avons lues concernent des enfants. On sait en effet que le purpura est rare, exceptionnel même chez les enfants au-dessous de 5 ans (Marfan). Il est, par contre, assez fréquent chez les adultes.

Les sujets atteints appartiennent pour la plupart à la famille des « nerveux, des neuroarthritiques ». M. le professeur Hutinel estime que dans l'hérédité de ces sujets la syphilis a joué un certain rôle. Peut-être aussi la tuberculose. On retrouve en effet la tuberculose chez beaucoup de malades atteints de purpura ; et aussi on la signale dans les antécédents de ces malades. Les parents du malade de l'observation II semblent bien portants ; mais un frère de l'enfant est mort de tuberculose (coxalgie) à 15 ans ; un autre est mort de méningite. Dans notre observation I, le père du malade est rhumatisant ; la mère, tuberculeuse certaine. De même dans notre observation IV, le père est mort tuberculeux. Le père du malade est également mort tuberculeux dans l'observation VIII de Martin de Gimard, dans l'observation VII de Vielliard. Les malades eux-mêmes ont des lésions actuelles ou ont eu des lésions de tuberculose : lupus de la face, mal de Pott (Vielliard), tuberculose vertébrale (Longley).

Quelle influence joue le froid, le traumatisme ? Cela est

difficile à dire. Certains purpuras semblent bien débuter à la suite d'un coup (notre observation III et l'observation III de Vielliard : chute sur le genou), d'une blessure au mollet (obs. X). Le froid a pu être incriminé dans l'observation XIV.

Fréquemment les cas sont isolés. Parfois, au contraire, écrit le professeur Hutinel, on voit le purpura se manifester sous forme de petites épidémies. Il semble que certaines époques (le printemps par exemple) soient plus favorables à l'éclosion des purpuras.

Quelles sont les causes exactes des crises abdominales ? La question est loin d'être définitivement résolue.

Faisans, Couty, sont partisans de la théorie qui donne au purpura une origine nerveuse (purpura myélopathique). Faisans constate la parfaite symétrie de l'éruption dans certains cas (notre cas I en est un exemple). Il compare les crises abdominales aux crises tabétiques. On a signalé aussi dans certains cas l'abolition des réflexes rotuliens (obs. II). Rist et Paris (Soc. de Pédiat., nov. 1903, p. 314) ont également relaté un cas de méningite cérébro-spinale dont les premiers symptômes méningitiques furent précédés d'un purpura avec crises de vomissements.

Pour Couty il y a lésion nerveuse du sympathique, du plexus solaire. En réalité, même si cette théorie était admise, la question de la « cause » serait encore obscure.

La théorie infectieuse est bien étayée sur des faits cliniques. Il y a dans le purpura des symptômes d'infection, de la fièvre. De plus, il y a, dit M. Nobécourt, des preuves indirectes d'infection. Il y a leucocytose très nette dans les cas cités par MM. Nobécourt et Tixier : 18,400 leucocytes et 68 % de polynucléaires neutrophiles dans un

cas : 21,600 leucocytes et 85 °/₀ de polynucléaires dans un second ; 15,800 leucocytes et 65 °/₀ de polynucléaires neutrophiles dans un troisième cas. Dans deux de nos observations, les examens du sang faits par M. Darré se rapprochent beaucoup de ces formules : 79 °/₀ de polynucléaires neutrophiles dans l'observation IV ; 21,800 leucocytes et 76 °/₀ de polynucléaires neutrophiles dans l'observation II.

L'ensemencement du sang n'a rien donné à MM. Nobécourt et Tixier. Il semble bien que le colibacille ne puisse être l'agent de cette infection.

Dans l'observation V de Vielliard, les symptômes abdominaux ont cessé et le purpura a guéri après le rejet d'un énorme ascaris. Cela est à rapprocher des phénomèes abdominaux simulant l'appendicite, phénomènes qui disparaissent complètement après l'évacuation d'un nombre considérable de lombrics, et que M. Charmeray appelle « appendicisme vermineux » (*Archives de médecine militaire*).

Le sang ne semble pas altéré. La coagulation, la rétraction du caillot sont normales.

Les petites altérations inflammatoires des artérioles signalées par le professeur Hayem, les lésions du foie, des reins, sont bien d'origine infectieuses. Les phénomènes nerveux, les crises, seraient également expliqués par cette infection d'origine indéterminée, peut-être d'origine multiple. Les petits vaisseaux sont particulièrement touchés, et il se produit dans la peau, comme dans les intestins, comme dans les méninges, de petites hémorragies pouvant aboutir à la nécrose et causer des perforations. C'est là sans doute aussi qu'il faut chercher, avec Sutherland, l'explication des invaginations intestinales au cours du

purpura, en associant aux hémorragies annulaires le péristaltisme intestinal. Or le spasme intestinal est fréquent dans les crises douloureuses abdominales.

On peut rapprocher de cette théorie pathogénique le fait que signale le professeur Hutinel : la fréquence de l'hérédo-syphilis chez les enfants atteints de purpura.

La friabilité des vaisseaux, la facilité avec laquelle on peut, par le simple grattage, faire apparaître sur la peau le purpura, est le fait sur lequel Brocq s'est basé pour différencier certaines lésions syphilitiques.

TRAITEMENT

Le traitement des accidents abdominaux est purement symptomatique. On essaie la glace sur le ventre, ou au contraire les compresses chaudes. Les opiacés ont été donnés, et le sont encore, soit par voie buccale, soit sous forme de lavements laudanisés. La morphine est indiquée contre les crises aiguës, contre les douleurs paroxystiques. On s'est parfois bien trouvé de l'emploi du sulfate de soude dans les cas où une constipation opiniâtre précédait la crise.

Il va sans dire que cette thérapeutique s'accompagne d'un régime léger : bouillons de légumes, purées, fruits cuits, toutes choses d'ailleurs qui sont parfois difficilement supportées.

Le syndrome péritonéal sera combattu par la caféine, les toni-cardiaques, de même que seront combattues par les médications appropriées, les complications : néphrite, ulcérations, etc.

On songera à la perforation possible. Le diagnostic précis permet l'intervention chirurgicale et l'espoir d'une guérison.

Le gros effort des thérapeutes a surtout été porté contre

les hémorragies. Le purpura est une affection hémorragipare ; et que l'hémorragie se produise sur la peau, sur les muqueuses, qu'il s'agisse d'une épistaxis, d'une hémorragie méningée ou d'une hémorragie intestinale, le fait qui domine reste l'hémorragie. C'est l'hémorragie qui devait préoccuper surtout. C'est contre elle qu'on a voulu agir. Chlorure de calcium, adrénaline, gélatine, ont dans certains cas donné des résultats.

Après les recherches de M. E. Weill, on a essayé les sérums dans le purpura : sérum de cheval, simple, puis antidiphtérique, sérum gélatiné. Les résultats de cette médication n'ont pas été aussi nets que dans l'hémophilie familiale. Cela était d'ailleurs à prévoir.

Le sang, nous l'avons vu, ne présente pas les caractères qu'il a dans l'hémophilie. Le caillot se rétracte normalement ; les globules ne sont pas altérés. Et si Bensaude a pu essayer une classification des purpuras d'après la rétractilité du caillot et les caractères du sang, il n'en reste pas moins vrai que dans de très nombreux cas de purpuras nettement hémorragiques, on ne constate ni altération des globules sanguins, ni modification dans la quantité d'hémoglobine, ni retard dans la rétractilité du caillot (cas de MM. Nobécourt et Tixier et cas du service de M. Hutinel).

En l'absence d'une idée pathogénique certaine, les recherches restent cependant orientées, par la symptomatologie, vers le sang.

Le sérum ayant donné peu ou pas de résultats, et, de plus, dans beaucoup de cas, le siège de la piqûre ayant été le point d'appel d'une hémorragie nouvelle, MM. Nobécourt et Tixier, dans le service de M. le professeur Hutinel,

ont essayé les injections de propeptone ou peptone de Witte. Ces auteurs se sont inspirés des recherches faites à ce sujet, en ce qui concerne l'hémophilie, par Nolf et Herry.

La solution employée est :

Peptone de Witte.....	5 grammes.
Chlorure de sodium...	0 gr. 50.
Eau distillée.....	100 grammes.

Cette solution est filtrée à chaud puis stérilisée à 120.

Au contraire de Nolf et Herry qui injectent des doses fortes (10 et 20 centimètres cubes) et les répètent tous les deux ou trois jours à 5 ou 6 reprises, MM. Nobécourt et Tixier emploient des doses faibles 3 ou 4 centimètres cubes. Dans le purpura, disent ces auteurs, on renouvelle les injections tous les jours, ou tous les deux jours suivant les indications ; trois ou quatre au plus sont en général nécessaires ; on y revient s'il y a lieu. Les injections intra-rectales ont paru insuffisantes. De plus, les injections sous-cutanées n'ont provoqué aucune douleur.

Les phénomènes réactionnels sont peu importants. Dans un cas seulement un érythème a été noté (Obs. II), et encore faut-il faire de fortes réserves sur la possibilité d'une scarlatine fruste chez ce malade.

« En résumé, concluent MM. Nobécourt et Tixier, les réactions consécutives aux injections de peptone de Witte, n'ont jamais de caractères de gravité ; elles sont passagères et ne suffisent pas pour empêcher la continuation du traitement ».

« Après quelques injections, disent ces auteurs, les accidents ont tourné court et la convalescence s'est faite rapidement, plus rapidement que d'habitude... ».

Il semble donc que de ce côté quelques résultats encourageants aient été obtenus. Des recherches nouvelles sont cependant nécessaires pour confirmer les bienfaits de la thérapeutique par les propeptones.

OBSERVATIONS

Observation I (Personnelle, recueillie dans le service de M. le Prof[r] Hutinel).

Roger D..., 11 ans, entre le 14 décembre 1910 à l'hôpital des Enfants malades, dans le service du Prof[r] Hutinel.

Antécédents héréditaires. — Père rhumatisant ; tousse fréquemment ; il a eu une congestion pulmonaire. La mère est une tuberculeuse avérée : elle tousse beaucoup ; depuis 3 ans elle a des hémoptysies. Elle a eu deux fausses couches (6 mois et 3 mois), consécutives aux 2[e] et 6[e] grossesses, et 4 enfants vivants : 1° le malade, 11 ans ; — 2° garçon de 10 ans, sujet aux bronchites ; — 3° garçon de 7 ans, tousseur, scoliotique ; — 4° fille de 2 ans, bien portante.

Antécédents personnels. — Notre malade est né à terme, après une grossesse normale. Il pesait 5 kil. 500. Il eut sa première dent à 6 mois. Il fit ses premiers pas à 1 an. Il eut la varicelle à 5 ans.

En 1909, il fut opéré de végétations adénoïdes.

Depuis plusieurs années, l'enfant a de fréquentes épistaxis, surtout l'été, dans l'après-midi ou même le matin, quand il se mouche. Toutefois il n'en a pas eu l'été dernier.

A la fin de juillet 1910, il présentait une cuti-réaction positive à la tuberculine.

Après un séjour de deux mois à la campagne, il revint à Paris, bien portant.

Au début d'octobre, il était fatigué et se plaignait de douleurs dans les mollets et les articulations des genoux. Néanmoins il allait à l'école.

Maladie actuelle. — Le 10 *octobre*, la mère remarque sur les jambes de l'enfant une vingtaine de taches rouges.

Le 13, il est conduit au Dispensaire, où l'on porte le diagnostic d'érythème noueux.

Repos au lit. Purgatif. L'enfant, qui était constipé depuis le 1[er] oc-

tobre, évacue alors 5 ou 6 selles striées de sang. Les urines sont claires.

Le 16 au matin, il a un vomissement non accompagné de douleur.

Le 20, il a une poussée purpurique.

Le 23, dans l'après-midi, commence une série de vomissements. L'enfant rejette tout ce qu'il prend. Chacun de ces vomissements est précédé de quelques nausées. Il se fait avec efforts. Soit immédiatement, soit parfois une heure après le vomissement, survient une douleur abdominale violente, localisée au flanc droit, sans irradiation. L'enfant s'agite dans son lit et cherche à calmer sa souffrance en se couchant sur le ventre.

Cette douleur dure quelques minutes puis disparaît pendant une heure ou deux, pour reparaître après un nouveau vomissement. Elle est atténuée par l'application de compresses chaudes.

La nuit, le malade dort.

Les vomissements, au nombre de 5 ou 6 le 23, se renouvellent le 24, mais moins nombreux (2 ou 3) et disparaissent le 25 (un seul vomissement).

Le 25 et les jours suivants, la potion de chlorure de calcium qui avait été prescrite le 21 est remplacée par un lavement au chlorure de calcium matin et soir. Le 25, l'enfant va mieux. Il se lève, et le soir apparaissent quelques taches rouges.

Les séries de vomissements accompagnés de douleur abdominale, durant chacune trois jours, comme celle du 23 octobre, se répètent avec les mêmes caractères, dans le même ordre, jusqu'au 31 octobre. Dans chaque vomissement il y avait plus ou moins de sang. Tantôt les poussées purpuriques précédaient ou suivaient les périodes de vomissements ; tantôt elles semblaient indépendantes des vomissements. Ces éruptions successives étaient formées de taches purpuriques non saillantes, localisées surtout au niveau des articulations. Du 13 au 21 octobre, les selles étaient régulières. Après le 21 octobre, l'enfant fut constipé. Les lavements du matin et du soir ramenaient des matières fécales, pas de sang.

Du 31 *octobre* au 10 *novembre*, l'enfant n'a présenté ni vomissement, ni éruption purpurique. Il se levait et se promenait.

Le 10 *novembre*, apparition d'une nouvelle éruption de purpura localisée aux coudes et aux genoux. Les vomissements reparaissent par séries de 3 ou 4 jours. De temps en temps, quand l'enfant allait mieux, il se levait le matin : une poussée purpurique apparaissait le jour même, et le lendemain survenaient les vomissements qui se répétaient pendant 3 ou 4 jours, comme précédemment.

Vers le 15 *novembre*, les gencives de l'enfant étaient molles et tuméfiées. Il y eut alors de l'angine qui disparut en 4 ou 5 jours. Mais

l'haleine restait fétide, l'enfant ayant plusieurs dents fortement cariées. Il remplaçait ses dents de lait.

Le 25, poussées purpuriques et vomissements.

Du 25 *novembre* au 6 *décembre*, vomissements revenant tous les 4 ou 5 jours, au nombre de 3 ou 4 dans la même journée. Chaque vomissement est suivi d'une douleur abdominale calmée par la compression. Les matières vomies sont mêlées de sang. L'haleine est fétide.

Le 5 *décembre*, l'enfant eut 4 ou 5 vomissements. Le premier, qui eut lieu à jeun, était abondant (1/2 litre) ; les autres, beaucoup moins. C'étaient des vomissements glaireux, verdâtres. Le dernier était jaune, épais.

Le 6, les vomissements avaient cessé.

Le 12, nouvelle poussée purpurique sans vomissements.

Depuis le 20 octobre l'enfant a eu presque chaque jour une légère épistaxis : quelques taches de sang sur l'oreiller, le matin.

Le malade entre à l'hôpital le 14 *décembre*.

Examen. — Le malade est un enfant dont le développement semble normal. Il n'a pas l'aspect chétif. Cependant l'examen montre un thorax un peu déformé, en carène, et une légère scoliose. La voûte plantaire est exagérée. Les tibias sont légèrement saillants.

Il présente une éruption dont le siège est localisé aux coudes, aux jambes et ne dépasse pas la partie moyenne des cuisses. Cette éruption est symétrique et caractérisée par de petits éléments de couleur rouge, non saillants, et ne disparaissant pas à la pression. Il s'agit donc là manifestement d'une éruption purpurique. Ventre en bateau, non douloureux. On remarque un peu d'œdème scrotal, mais les testicules sont normaux.

Les urines contiennent de l'albumine en assez grande quantité (1 gr. 50 par litre). Elles contiennent aussi du sang, car la réaction de Meyer est positive.

Les poumons et le cœur sont normaux.

La pression artérielle, au sphygmomanomètre de Potain, est de 10,5. La température est de 37°.

Le 18 *décembre*, l'éruption a complètement disparu, mais une nouvelle poussée de pétéchies se produit au niveau des coudes.

Le 26, le malade s'est levé pendant 2 heures, l'après-midi. Une éruption purpurique apparaît alors aux membres inférieurs au dos du pied, empiétant sur la face antérieure de la jambe. Cette éruption est symétrique.

Le 27, le malade est pris, à jeun, de nausées. Puis surviennent des vomissements amers, verdâtres, bilieux. Quelques petits caillots sanguins sont rendus en même temps.

Une nouvelle poussée purpurique se produit dans la nuit du 27 au 28.

Le 28, on remarque les caractères de cette éruption. Les éléments ont à peu près le diamètre d'une lentille. Leur contour est irrégulier. Ils siègent à la face postérieure des avant-bras, des bras et des mains (plus nombreux au niveau des coudes) ; autour de l'ombilic sur une très petite surface ; à la partie supérieure et antérieure de la cuisse (traînée de 4 cent. de large sur 10 cent. de long) ; quelques taches au prépuce.

Ces éléments sont répandus suivant une symétrie très nette, à droite et à gauche.

Il y a en même temps un refroidissement marqué des extrémités aux membres supérieurs ; de la constipation ; de la céphalée. La face est œdématiée, bouffie, surtout au niveau des paupières. Les urines sont peu abondantes, bouillon de bœuf, hématuriques. La réaction de Meyer est positive.

Depuis son entrée, le malade a été soumis au régime déchloruré. Il n'a pris qu'une alimentation composée de purée de pommes de terre, pain et fruits cuits.

Une injection de 0 gr. 01 de bleu de méthylène a montré que l'élimination mettait 34 heures à se faire complètement.

La température oscille entre 37° et 37°8.

L'intradermo-réaction est positive.

A cette même date (28 décembre) on pratique une injection de 3 cc. de peptone de Witte.

Le 29, l'éruption est complétée. Des taches irrégulières, en flocons, s'étendent sur toute la surface du pied, même sous la plante, devenant confluentes au niveau des malléoles. Elle gagne la jambe, le bras jusqu'au moignon de l'épaule.

Le prépuce est ecchymotique.

La cicatrice de l'intradermo-réaction est rouge très intense.

Nouvelle injection de 3 cc. de peptone de Witte.

Le 30, les éléments purpuriques ont pâli. Ils sont devenus vineux. 3e injection de 3 cc. de peptone de Witte.

Le malade a présenté quelques douleurs abdominales et quelques vomissements.

Le 31, les taches pâlissent encore.

Injection de 4 cc. de peptone de Witte.

L'éruption est presque effacée le 3 janvier. Mais le 5 janvier, alors que la réaction de Meyer est devenue négative, les urines restant cependant albumineuses, une nouvelle éruption se produit. Mais la teinte est moins vive que lors des précédentes éruptions.

Cette éruption s'accentue le 6 janvier. Elle siège toujours aux coudes, aux genoux, aux jambes, aux mains, aux bras.

Cette éruption est couleur cuivrée plutôt que rouge. Elle est beaucoup moins colorée que les éruptions survenues avant les injections de peptone.

Le 8 *janvier*, l'éruption a presque totalement disparu. Injection de 3 cc. de peptone de Witte.

Le 9, quelques éléments purpuriques nouveaux au niveau du coude gauche.

Le 10, hématurie.

Le 12, l'éruption est complètement effacée. Les urines restent sanglantes. La réaction de Meyer devient négative le 14.

Le 15, nouvelle poussée de purpura. Le régime est cependant resté le même. La température est aux environs de 37-37°5. Cette nouvelle éruption siège aux mêmes points que les précédentes. Elle est moins symétrique cependant. Quelques éléments dans la région coccygienne,

Le 16 et le 17, l'éruption s'étend et augmente.

Le 19, les éléments commencent à pâlir. Les urines sont claires. La réaction de Meyer est positive.

Pas d'éruption pendant les jours qui suivent. Le malade reste au même régime. La température est toujours vers la normale, entre 37° et 37°7.

Les urines sont toujours faiblement albumineuses. La réaction de Meyer est faiblement positive.

Le 6 *février*, le malade se lève un peu.

Le 7, il fait une légère poussée de purpura.

Le 10, un peu d'œdème.

Le 11, petite poussée purpurique sur les avant-bras et les bras ; quelques pétéchies au genou et à la plante du pied. Les urines sont un peu rougeâtres et donnent nettement la réaction de Meyer.

Le facies est un peu bouffi ; un peu d'œdème du scrotum.

Le 13, les urines sont sanglantes, la réaction de Meyer est très nettement positive. Elle est faiblement positive le 14, mais les urines donnent un louche par la chaleur et l'acide acétique.

Le 17, puis le 21, injection de 5 cc. de solution de peptone de Witte. La réaction de Meyer est positive.

Le 26, poussée purpurique discrète sur les coudes et la face cubitale des avant-bras (surtout à droite) ; quelques rares éléments sur les membres inférieurs et les fesses.

Le 1er *mars*, injection de 6 cc. de propeptone.

Le 2, nouvelle poussée purpurique discrète.

Le 6, les urines sont encore un peu sanglantes et donnent la réaction de Meyer, et un louche par la chaleur et l'acide acétique. Mais le malade n'a présenté depuis longtemps aucune douleur, il a augmenté de poids et son état général est assez satisfaisant.

Obs. II. — Nobécourt et Tixier, *Soc. méd hôp.*, 15 nov. 1910. *Purpura rhumatoïde. — Violentes douleurs abdominales avec paroxysmes ; selles sanglantes. — Accès d'épilepsie jaksonienne. — Guérison.*

Louis G..., 9 ans, entre le 3 octobre 1910 dans le service du Prof[r] Hutinel, suppléé par l'un de nous. On le conduit à l'hôpital parce qu'il ressent depuis quelques jours des douleurs assez vives au niveau des membres inférieurs et de l'abdomen.

Antécédents héréditaires. — Le père a 35 ans et n'est porteur d'aucune affection chronique. La mère, âgée de 33 ans, est rhumatisante. Deux enfants sont morts l'un de coxalgie, l'autre de méningite. Trois enfants sont vivants ; les deux frères du petit malade sont en bonne santé.

Antécédents personnels. — Le malade est né à terme dans de bonnes conditions après une grossesse et un accouchement normaux (poids : 7 livres). Il a été nourri au sein et sevré à 2 ans. Il a eu sa première dent à 4 mois et fait ses premiers pas à un an.

Maladie actuelle. — Depuis le début de septembre 1910, l'enfant n'a pas d'appétit ; il est constipé, il a perdu ses forces et s'est amaigri.

Le 15 *septembre*, il ressent des douleurs au niveau des coudes pendant deux ou trois jours. Puis il se plaint « d'élancements » dans les muscles du mollet et des cuisses. Les phénomènes gastro-intestinaux s'accentuent, des vomissements surviennent à la moindre tentative d'alimentation ; les selles sont liquides, fétides, sanguinolentes, s'accompagnent d'épreintes, et sont au nombre de quatre ou cinq dans les 24 heures.

Le 22, le malade accuse de violentes douleurs abdominales, accompagnées de crises paroxystiques ; il est très agité dans la journée, il a des cauchemars pendant la nuit.

Examen le 3 octobre 1910. — L'enfant est amaigri (21 kil. 100), son état général est très altéré. Les téguments sont pâles, les lèvres notablement décolorées. Les extrémités sont froides et cyanosées.

Le thermomètre marque 37° 8, le pouls est fréquent.

On constate une éruption purpurique, sous forme de pétéchies localisées aux régions des malléoles internes, des coudes et de la hanche gauche.

Le petit malade a eu dans la journée et dans la nuit huit selles sanglantes, contenant chacune beaucoup de sang.

Le ventre est légèrement rétracté, la palpation est surtout douloureuse au pourtour de l'ombilic ; on note un certain degré de défense musculaire au niveau de la fosse iliaque gauche. Le foie ne déborde

pas les fausses côtes, mesure 14 centimètres sur la ligne mamelonnaire. La matité splénique n'est pas appréciable.

La bouche est normale ; les gencives ne saignent pas.

Les urines ne renferment ni sang, ni albumine.

Les poumons, le cœur, le système nerveux sont normaux.

Traitement. — 2 grammes de chlorure de calcium, glace sur le ventre, bouillon de légumes, eau d'orge et jus de citron.

Le 4 et le 5 *octobre*, l'hémorragie intestinale est moins abondante ; selles sanglantes dans les 48 heures. L'état général est un peu meilleur.

Examen du sang : Numération.

Globules rouges	4.344 000
Globules blancs	21.800
Hématoblastes	487.000 (1)
Hémoglobine	100 p. 100
Equilibre leucocytaire :	
Polynucléaires neutrophites	75 p. 100
Polynucléaires éosinophiles	0 6
Grands mononucléaires	5.
Mononucléaires moyens	15.25
Lymphocytes	3

Examen du sang sec : Aucune forme cellulaire anormale : ni hématies nucléées, ni myélocytes.

Etude de la coagulation : Normale en dix minutes (sang du doigt et sang veineux), rétraction du caillot normale dans les délais habituels.

Le 6, à 9 heures du matin, pendant la visite, le pouls bat à 150, l'enfant est agité ; puis tout à coup il est pris de mouvements convulsifs localisés au côté gauche de la face, tandis que les yeux animés de secousses nystagmiformes sont tournés du côté droit. Les mouvements convulsifs se propagent quelques minutes après au membre supérieur gauche, puis au membre inférieur du même côté, et enfin au membre inférieur et au membre supérieur droits.

Ces accès d'épilepsie jacksonienne se répètent d'une façon subintrante.

On fait des injections sous-cutanées de 1 cc. d'une solution d'adrénaline au millième et de 2 cc. d'éther. Les convulsions cessent vers

(1) Numération obligeamment faite par le Dr Aynaud avec sa technique.

11 h. 1/2 du matin. L'enfant reste dans le coma pendant environ deux heures ; il revient à lui, mais demeure très obnubilé pendant la journée.

La ponction lombaire, faite pendant la période de convulsions, ramène un liquide clair, non hypertendu, non albumineux, contenant seulement quelques cellules claires et quelques cellules endothéliales.

Les urines renferment une quantité notable de sang (réaction de Meyer positive).

Dans l'après-midi on fait une injection sous-cutanée de sérum gélatiné.

Le 7, il n'y a pas eu de nouvelles convulsions pendant la nuit. On ne constate aucune raideur musculaire, les réflexes sont normaux ; il existe toujours un certain degré de paralysie faciale gauche qui disparaîtra les jours suivants.

On trouve de nouvelles taches purpuriques au niveau des membres supérieurs et inférieurs. Il n'y a pas eu de nouvelles hémorragies intestinales ; mais les crises abdominales sont toujours très violentes et ne sont calmées que par la morphine.

L'intradermo-réaction à la tuberculine, faite le 5 octobre, et qui est positive, prend une teinte ecchymotique et son centre tend à se sphacéler ; il en est de même de la région antérieure de la cuisse, où on a fait la veille l'injection de sérum gélatiné. Il existe de grosses phlyctènes hémorragiques aux plis de flexion des phalanges.

L'alimentation est réduite au minimum : eau d'orge, très petites quantités de képhir, eau sucrée et jus de citron. L'enfant est abattu, l'état général est mauvais. La température se maintient aux environs de 37°. Le pouls bat 116 fois par minute.

Le 8, début du traitement par la peptone de Witte. On fait à 11 heures du matin une injection sous-cutanée de 4 cc. d'une solution de 5 gr. de peptone dans 100 cc. de sérum à 5 pour 1.000 ($\Delta = -0{,}43$); tous les autres médicaments sont supprimés. Nouvelle selle sanglante dans la nuit du 8 au 9 octobre. Le liquide céphalo-rachidien est clair et ne renferme ni albumine, ni éléments cellulaires en proportion anormale.

Le 9, nouvelle éruption purpurique au niveau des mains. Il n'y a aucune réaction autour de l'injection de peptone faite la veille. Il n'y a plus eu de selle sanglante, l'état général est un peu meilleur. Depuis le début du traitement par la petone, les douleurs abdominales se sont atténuées dans des proportions considérables. Le pouls bat à 108.

Nouvelle injection sous-cutanée de 3 cc. 1/2 de peptone.

Du 15 au 20, six injections sont pratiquées ; elles ne déterminent

aucun accident local. La température est demeurée à 37° pendant cette série d'injections rectales.

Les selles sont normales, elles ne renferment pas de sang (réactions de Meyer et de Weber négatives). On n'a noté pendant ce laps de temps aucune éruption purpurique.

Le 21, apparition de quelques éléments papulo-érythématheux (dix à quinze éléments) sur la face dorsale de la main droite ; ces éléments ne sont ni purpuriques, ni prurigineux ; ils rappellent l'érythème scarlatiniforme constaté après la première série d'injections sous-cutanées de peptone de Witte.

Le 22, le malade est plus abattu que les jours précédents, les placards érythémateux s'étendent à la face dorsale de la main gauche et à la face postérieure des deux coudes ; les éléments ne s'effacent pas complètement par la pression ; ils n'ont pas cependant les caractères de l'éruption purpurique.

Le 23, toute éruption a d'ailleurs disparu. L'enfant a repris sa gaieté et sa bonne mine. Il est toutefois dans un état d'amaigrissement extrême, il pèse 18 kil. 300 et a perdu près de 3 kilos depuis 20 jours, c'est-à-dire depuis son entrée à l'hôpital. Les selles sont absolument normales. Les urines sont abondantes ; seule la réaction de Meyer sensibilisée par l'alcool acétique est susceptible de mettre en évidence des traces de sang.

Le 25, la température est de 37°6 le matin, le petit malade souffre des dents ; le soir, le thermomètre marque 38°6. Cette hyperthermie est expliquée par un gros abcès dentaire, qui fait saillie sur la gencive. Son incision donne issue à une certaine quantité de pus.

Les jours suivants, la température revient à la normale.

Dès ce moment la convalescence s'effectue régulièrement, les selles sont normales, aucune modification cutanée n'est appréciable, hormis une légère desquamation dans les points qui ont été le siège de l'érythème scarlatiniforme. L'alimentation avec des potages, des purées, du pain, des confitures est possible et ne détermine aucune hémorragie intestinale ; les selles sont de consistance et de coloration normales. Les urines renferment des traces indosables d'albumine, la réaction de Meyer est négative ; la réaction sensibilisée avec de l'alcool acétique donne une faible réaction qui disparaît en quelques instants ; la centrifugation de 10 cc. d'urine ne montre qu'une dizaine de globules rouges.

L'état général est devenu excellent, l'augmentation du poids a été de plus de 3 kilos en l'espace de dix-neuf jours (18 kil. 300 le 22 *octobre* et 21 kil. 700 le 10 *novembre*).

Obs. III. — Tarrieux et Vidal, *Soc. de méd. mil. franc.*, 23 janv. 1908.

Purpura rhumatoïde avec paroxysmes douloureux abdominaux et phénomènes péritonitiques.

C..., du 13e régiment de chasseurs, 19 ans, engagé volontaire, n'a pas d'antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels, il a eu, quand il était jeune, la grippe, la rougeole. Peu de temps avant son incorporation, à la suite de violentes contrariétés, C... a présenté des troubles lypémaniaques qui ont parfaitement guéri. Constitution bonne, caractère taciturne et néanmoins impressionnable.

N'est pas hémophile et n'a jamais eu de purpura. Après son arrivée au régiment, en mars et avril (1907), il a eu des douleurs dans les jambes et dans les cuisses : douleurs musculaires inhérentes aux premières séances d'équitation.

Le 7 *mai* 1907, étant à cheval, sa monture a fait un écart ; C... a dû faire un violent effort pour se maintenir en selle et au même moment, il a ressenti une violente douleur à la racine de la cuisse gauche et dans la région inguinale correspondante, par suite d'une énergique contraction des muscles abdominaux et des muscles adducteurs.

Pendant la nuit qui suit l'accident, la douleur s'accentue et le lendemain on doit le transporter à l'infirmerie « pour courbature. » Le malade accuse des douleurs très vives dans les membres inférieurs, douleurs surtout marquées à gauche et dans les jointures. Il a de la fièvre : la température oscille autour de 39°5 ; maux de tête, pas d'embarras gastrique, pas d'éruption sur les téguments externes. Les douleurs et la fièvre n'ayant pas de tendance à rétrocéder, il est envoyé à l'hôpital le 12 mai, avec le diagnostic de courbature fébrile.

Là, d'abord la fièvre tombe un peu ; la température se maintient pendant deux jours entre 38° et 39°, puis le 14 mai, elle tombe à 37°5 et se maintient ainsi entre 37° et 38° jusqu'au 23 mai.

Pendant cette période, la douleur est toujours très vive à la cuisse gauche et s'étend avec bien moins d'intensité à toute la jambe et particulièrement au genou. La jambe droite, elle aussi, est atteinte sur toute sa longueur, mais particulièrement aux articulations. Néanmoins, peu à peu, ces douleurs s'amendent et, le 23 mai, C .. peut se lever et marcher. Du côté de l'appareil digestif, quelques légers troubles de l'estomac qui est paresseux ; coliques intestinales et constipation opiniâtre ; les lavements augmentent ces coliques avant d'être rendus. Rien du côté de l'appareil circulatoire et de

l'appareil respiratoire. Rien du côté du système nerveux ; rien d'anormal sur les téguments.

Le 23 *mai*, dans l'après-midi, la température remonte jusqu'à 38°2. Le malade qui s'était levé et avait marché se recouche ; il a un frisson. La douleur dans la cuisse gauche est bien atténuée, mais le ventre est légèrement douloureux spontanément et à la palpation surtout dans la fosse iliaque gauche.

Le 24, dans l'après-midi, crampes violentes de l'estomac, et à 6 heures, vomissements, qui continuent dans la nuit ; ce sont des vomissements bilieux.

Le 25, température : 37°5. Les vomissements persistent. Dans la nuit, le malade est pris de violentes douleurs dans la région gauche de l'abdomen au niveau de la fosse iliaque et un peu au-dessus.

Vomissements porracés, incoercibles, hypothermie, 35°9, pouls petit, filiforme, rapide, extrémités froides, yeux excavés, facies péritonéal. Un de nous, appelé près du malade, se demande s'il ne sera pas nécessaire d'intervenir. Injections de caféine et de sérum, sangsues sur la région iliaque gauche, vessies de glace sur l'abdomen, bottes d'ouate.

Le lendemain matin, 26 mai, les symptômes alarmants de la nuit se sont amendés : la température est un peu remontée, 36°8, le pouls est bon, le facies est meilleur, les vomissements ont cessé, les douleurs abdominales sont moins vives, le ventre n'est pas ballonné ; quoique un peu douloureux à la pression, il est souple et ne laisse percevoir aucune collection, aucun empâtement ; aussi, quoique très perplexes sur la vraie cause de ces phénomènes péritonitiques (rien encore n'en faisait présumer la nature) étant donné l'amélioration constatée, fut-il décidé de ne pas intervenir de suite et de surveiller le malade.

Le 27 et le 28 *mai*, le mieux s'accentue, la température est à 37°, les vomissements n'ont pas reparu, le ventre est toujours un peu douloureux. Une large ecchymose fait son apparition à la racine de la cuisse gauche, dans l'aine, sur la peau de l'abdomen, couvrant toute la région de la fosse iliaque et nous indiquant, tardivement, il est vrai, la cause des phénomènes péritonéaux constatés dans la nuit du 25 au 26 : nous émettons alors l'hypothèse qu'à la faveur des violentes contractions musculaires, point de départ de l'affection actuelle, il y a eu appel, dans la région traumatisée, d'un agent infectieux qui a produit des altérations vasculaires, lesquelles ont donné lieu à des hémorragies dans les plans musculaires de la racine de la cuisse, de la paroi abdominale, probablement même sur le péritoine ou tout au moins dans le voisinage immédiat, hémor-

ragies irritant cette séreuse et occasionnant les symptômes de péritonite observés.

Le 29 et le 30, le thermomètre poursuit sa marche ascendante : 37°6. Pas de vomissements ; mais l'estomac ne supporte que de la limonade glacée ; le ventre qui n'est pas ballonné est toujours douloureux : deux sangsues atténuent la douleur.

Le 31, le ventre est plus douloureux, et cette douleur se généralise à tout l'abdomen.

Un peu de paralysie vésicale.

Température : 39°.

Le 1er *juin*, température : 37°5 ; pouls : 80. Abdomen toujours douloureux ; l'estomac digère le bouillon. Constipation. Les douleurs reparaissent dans les articulations des membres inférieurs et s etendent aux membres supérieurs. Nuit agitée.

Le 2, une purgation au sulfate de soude pour combattre la constipation est le point de départ d'une nouvelle phase de vomissements incoercibles ; les douleurs abdominales s'exagèrent de nouveau, surtout dans la fosse iliaque gauche : une selle abondante calme un peu celles-ci ; les suffusions sanguines de la paroi abdominale paraissent s'étendre. Les phénomènes généraux et locaux qui ont caractérisé la première crise péritonéale reparaissent : hypothermie, 35°8, extrémités froides, facies péritonéal, vomissements porracés, pouls rapide et filiforme, douleurs abdominales violentes, surtout marquées à gauche ; pas de météorisme, rien de net à la palpation. Comme traitement, glace sur le ventre, enveloppement ouaté des membres inférieurs, injections de caféine, de sérum artificiel, adrénaline.

Cet état inquiétant se maintient le 3 juin, et, ce jour-là, des symptômes très nets viennent donner la confirmation absolue des causes de ces phénomènes péritonéaux que les plaques d'ecchymose de la paroi abdominale nous avaient fait soupçonner après la première crise : nous observons du melœna, des vomissements marc de café, et des taches purpuriques apparaissent aux coudes. Hypothermie persistante, 35°7.

Le 4, le malade est très faible ; température : 35°6 ; mais les vomissements deviennent moins fréquents ; le ventre est moins douloureux ; il n'y a plus de melæna ; plus de vomissements noirs ; les taches purpuriques s'étendent aux parties antérieures des jambes, sur la paroi abdominale, aux aisselles, dans le dos ; les articulations du genou, le testicule gauche sont douloureux : il doit donc y avoir eu aussi des hémorragies dans la séreuse de ces articulations et dans la vaginale. Injection de caféine, d'huile camphrée, de sérum adrénaline, chlorure de calcium, perchlorure de fer.

Le 5, la chaleur du corps revient : 37°5 le matinn, 38°5 le soir ;

le pouls reprend de l'ampleur, les vomissements ont cessé, les douleurs abdominales diminuent, céphalalgie vive. On continue les toniques et les hémostatiques.

A partir du 6 *juin*, l'état du malade s'est amélioré peu à peu ; la température qui, ce jour-là, était de 38°8, a baissé progressivement et est arrivée à la normale vers le 12 juin. Les taches purpuriques ont rétrocédé, puis disparu ; les douleurs articulaires et abdominales ont cessé, l'estomac est redevenu tolérant, le malade a pu s'alimenter et reprendre des forces, mais l'état d'anémie de C... est persistant et nécessite encore un séjour prolongé à l'hôpital.

Le 12 *juillet*, nouvelle poussée de symptômes abdominaux en tout semblables aux autres, mais beaucoup moins intenses et sans éruption purpurique.

Puis l'amélioration reprend son cours normal, devient définitive et, le 25 juillet, encore très anémié, mais s'alimentant normalement, le malade sort de l'hôpital avec un congé de convalescence de deux mois, à l'issue duquel il rentre complètement rétabli au régiment et reprend son service.

Obs. IV (Inédite, recueillie dans le service de M. le Prof[r] Hutinel).
Purpura avec syndrome péritonéal. — Guérison.

A..., Marcel, 7 ans et demi. Entré le 29 mars 1909, à l'Hôpital des Enfants Malades, salle Bouchut, lit N° 7. Sorti le 1[er] juin.

Le père du malade est mort, à 29 ans, de tuberculose pulmonaire. De ce premier mari, la mère, qui a toujours été bien portante, a eu deux enfants : une fille morte de méningite à 5 ans, et le petit malade. D'un second mari, elle a eu trois enfants : les deux derniers sont rachitiques, l'un d'eux a été soigné à Berck pendant 7 mois.

Né à terme après une grossesse normale, le malade a été nourri au sein jusqu'à 16 mois. Rougeole à 2 ans et demi. Scarlatine 15 jours après la rougeole.

Depuis 2 mois, otite de l'oreille droite.

La maladie actuelle a débuté le 27 mars par de la fièvre. Depuis, le malade se plaint de violentes douleurs dans le côté gauche, particulièrement à la hanche et au coude gauche. On ne peut le remuer sans le faire crier. Il n'a pas d'appétit. Les selles sont sanglantes.

A son entrée à l'hôpital, le 29 mars, l'enfant, assez bien développé (taille, 1 m. 19 ; envergure, 1 m. 19), mais présentant quelques traces de rachitisme, est pâle, avec des ganglions aux aines, au cou, sous le menton, et de gros ganglions préauriculaires.

Les articulations des genoux et du coude gauche sont empâtées et douloureuses. Les autres articulations sont indemnes.

Sur les membres inférieurs, on observe une éruption purpurique et quelques ecchymoses. Les éléments purpuriques prédominent aux cuisses (face externe et face interne). Il en existe aussi aux fesses.

L'examen de l'appareil digestif montre un foie gros, débordant les fausses côtes de deux travers de doigt, et non douloureux à la pression.

La rate n'est pas augmentée de volume . Le côlon est distendu. Les dents sont assez belles. Pas de stomatite.

Pas d'hémorragie gingivale.

Rien aux poumons.

Rien aux testicules.

Ni sang, ni albumine dans les urines.

Le système nerveux ne présente rien d'anormal.

Température : 37°5-38°5.

Le 30 *janvier*, l'intradermo-réaction à la tuberculine est positive.

On donne 3 gr. de chlorure de calcium.

La température décroît : 38°1-37°5.

Le 31, l'examen du sang a été pratiqué.

Résultats :

Numération :

Globules rouges.....	5.040.000 par $^{m}/^{m}$ cube.
Globules blancs.....	9.800
Hémoglobine.....	95 p. 100.

Sang sec :

Polynucléaires neutrophiles.....	79 p. 100.
Polynucléaires éosinophiles.....	0,5
Grands mononucléaires.....	6
Mononucléaires moyens...	12
Lymphocytes.....	3

Aucune forme cellulaire anormale. Coagulation normale. Aucune anomalie dans la rétraction du caillot.

Le 1er *avril*, les traces de purpura ont presque complètement disparu.

Température : 37°1-37°2. Pouls : 112.

Face couperosée, air anxieux. Dépression générale.

Langue collante, presque sèche.

Côlon distendu, ventre rétracté.

Douleur intense, à la pression de l'abdomen, au niveau du côlon transverse, du cœcum et de l'appendice.

Traitement : compresses chaudes en permanence sur le ventre. Diète hydrique. Injections de sérum (150. cc. matin et soir).

Le 2, pouls inégal, irrégulier, à 120. Température : 37°-37°5.

L'enfant a maigri énormément. Il pèse 20 kil. 100.

Quelques ronchus dans la poitrine.

Vomissements verts.

Les selles ne présentent rien de particulier.

Traitement : glace sur le ventre. Ouate autour des membres. Lavements. Injections de sérum.

Le 3, malgré l'élévation de la température à 37°8, l'état général s'améliore.

Les selles sont normales.

Traitement : solution de Bourget (4 fois par jour). Bouillon de légumes. Glace sur le ventre.

Le 4, même régime. Température : 37°4-37°.

Le 5, le ventre est plus souple ; les vomissements sont moins abondants. Nouvelle éruption purpurique sur le coude droit, le bord interne du pied droit, le prépuce.

Le même régime est continué.

Le 6, on donne donne des bouillies à l'eau et la solution de Bourget.

Le 8, quelques filets de sang dans les selles. On met de la glace sur le ventre. L'alimentation consiste en eau de riz, eau d'orge, purée de pommes de terre.

Le 29, son état paraissant satisfaisant, l'enfant s'est levé. La température monte brusquement, dans la même journée, de 37 à 38°5. Récidive du purpura aux membres inférieurs.

Le 15 *mai*, l'enfant se lève et s'alimente normalement. Pas de récidive de purpura. Température : 37-37°5.

Le 21, l'enfant continue à se lever. Pas de récidive de purpura. Mais la température s'élève à 38°4.

Le 23, après quelques oscillations autour de 38°, la température est descendue à 37°2-37°7.

Le 31, la température est de 37°.

Le 1er *juin*, l'enfant quitte l'hôpital pour aller en convalescence à La Roche-Guyon. Il revient dans sa famille, bien portant, 6 semaines après.

Depuis son retour jusqu'au mois de février 1910, l'enfant a toujours été maladif. Il a de gros ganglions. Il tousse et crache le matin.

A partir du mois de mars 1910, il a fait un séjour de 1 mois et demi à l'hôpital de Berck. Il a contracté la teigne et la scarlatine (mai 1910).

Le 24 décembre 1910, il a présenté, en toussant, quelques crachats sanglants.

Il doit retourner prochainement à Berck (février 1911).

Obs. V (Inédite, recueillie dans le service du Dr Barié) (1).

Purpura. — Selles dysentériformes. — Crises abdominales douloureuses et phénomènes péritonitiques. — Hématurie.

Carl K..., 22 ans, employé de commerce, entré le 15 septembre 1910, salle La Rochefoucauld, lit N° 3. Sorti le 4 novembre.

Le malade, un étranger, ne peut fournir aucun renseignement sur ses antécédents.

Il entre à l'hôpital parce qu'il a des douleurs abdominales et de la diarrhée sanguinolente avec des mucosités.

Pas de céphalée. Pas de splénomégalie.

Ecchymose palpébrale droite.

Le 16 *septembre*, le long de la face externe de la jambe gauche, on aperçoit deux taches ecchymotiques.

Sur l'abdomen, placards érythémateux irréguliers.

Le 17, apparition d une ecchymose palpébrale gauche.

Quelques taches papulo-vésiculeuses au niveau du coude droit (face postérieure), avec une tache érythémateuse accompagnée de douleur et d'empâtement au niveau de la bourse séreuse rétro-olécranienne.

Le 18, au niveau du sterno-cléido-mastoïdien gauche, il y a de l'empâtement et de la rougeur. De nouvelles taches papulo vésiculeuses apparaissent au niveau de la région fessière.

Le 22, la température s'élève graduellement depuis le 18, mais il est à remarquer qu'elle est, depuis le 17, toujours plus haute le matin que le soir. Les oscillations sont très petites.

L'empâtement du sterno-cléido-mastoïdien a disparu ; celui du coude, également. On constate par contre l'apparition d'éléments purpuriques et papulo-vésiculeux à tous les endroits de pression, en particulier aux deux coudes (face postérieure), aux faces internes des deux genoux toujours pliés l'un sur l'autre (le malade se tenant « en chien de fusil ») et aux régions fessières droite et gauche. Quelques éléments aux malléoles internes et externes.

(1) Nous tenons à exprimer nos remerciements à notre maître M. le Dr Barié qui a bien voulu nous autoriser à publier cette observation.

Au niveau de la région brachiale antérieure gauche, on aperçoit une tuméfaction douloureuse, rouge et chaude, apparue la veille.

Sur la paroi abdominale, deux taches purpuriques très nettes.

Les selles sont toujours nombreuses. Pourtant, de 15 à 20 au début, elles sont maintenant tombées à 5 ou 6 seulement par jour. Elles contiennent du sang très foncé, mais non absolument noir.

Les douleurs abdominales sont très vives, survenant par crises, et augmentées par la pression.

La palpation de la région lombaire, au niveau du rachis et des muscles, est douloureuse.

Pas de signe de Kernig, mais légère céphalée.

Pouls : 140 ; dicrote, faible.

Le 3 *octobre*, la pression artérielle est de 12,5 (appareil Potain).

Le 4, cessation du melæna.

Le 5, injection d'ergotine : 1 gr.

Le 5 octobre et chacun des jours suivants, injection de 250 gr. de sérum de Hayem.

Le 6, bismuth (4 gr.).

Le 8, bismuth (4 gr.) et ergotine (4 gr.).

Le 9, vomissements verts, porracés. Pouls petit à 132. On fait une injection de caféine (0 gr. 25).

De petites ulcérations font leur apparition dans la région sacrée.

Deux selles noires dans la journée.

Le 10, vomissements noirâtres, survenus dans la nuit du 9 au 10.

Bruits du cœur bien frappés en désaccord avec la sensation du pouls faible. Pouls à 116. Pression : 14. Asthénie marquée depuis la veille.

Dans la matinée du 10 octobre, le malade vomit, en plusieurs fois deux cuvettes de liquide porracé. On lui injecte 250 gr. de sérum et 0 gr. 25 de caféine.

La pression artérielle est de 15.

Il y a une notable quantité d'albumine dans les urines.

Le 12, un seul vomissement. On fait deux injections de caféine et 1 injection de sérum.

Pression : 15,5.

Nouvelle poussée de purpura siégeant surtout sur la face postérieure des avant-bras.

Pas de melæna.

A la région sacrée se voient trois petites escarres, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes.

Le 15, selles diarrhéiques abondantes, avec quelques filets de sang.

Une évacuation involontaire.

On donne 4 gr. de bismuth et 0 gr. 05 d'extrait thébaïque.

Les escarres se creusent.

Le dosage de l'albumine indique 1 gr. environ d'albumine agglomérée, mais le liquide reste très trouble.

Le 17, douleurs au niveau des poignets. On fait à ce niveau des enveloppements au salicylate de méthyle. Potion de Todd et extrait de quinquina.

Le 21, vomissements verts. On donne la potion de Rivierre.

Le 22, cataplasmes chauds sur la région gastrique.

Le 24, la pression artérielle est de 15,2.

Le 26, l'examen des urines donne 4 gr. d'albumine par litre.

Le 29, cataplasmes chauds sur la région gastrique qui est douloureuse.

Le 30, hématurie ; œdème de la face ; petite poussée de purpura ; grande adynamie ; pression artérielle, 16.

Le 31, le malade vomit. On lui donne de l'eau chloroformée.

Le 4 *novembre*, le malade sort sur sa demande.

Obs. VI. — Nobécourt et Tixier, *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 22 avr. 1910.

Purpura ; douleurs articulaires ; troubles intestinaux ; hématémèses ; mélæna ; hématuries ; purpura gingival. — Syndrome péritonéal. — Mort. — Péritonite par perforation du duodénum ; endocardite récente de la valvule mitrale.

Joséphine C..., 14 ans, repasseuse, entre le 17 janvier 1910 dans le service de M. Comby, suppléé par l'un de nous, pour des symptômes classiques de purpura rhumatoïde. Il s'agit d'une jeune fille bien constituée, d'apparence robuste, dont les antécédents personnels et héréditaires ne présentent aucun intérêt spécial.

Maladie actuelle. — Le 14 *janvier* 1910, comme la malade tousse un peu et qu'elle ressent quelques douleurs dans la région épigastrique, elle ne se rend pas à son travail ; elle attribue ces malaises à une recrudescence de la constipation dont elle se plaint d'ailleurs depuis plusieurs années.

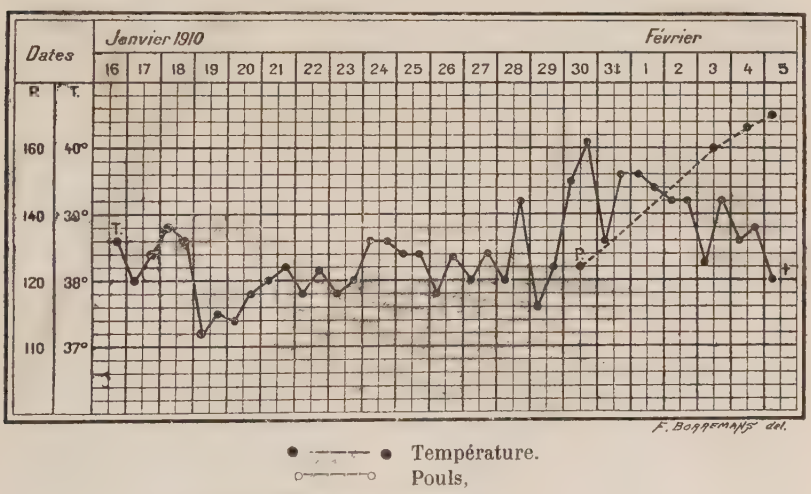
Le 16, elle accuse des douleurs au niveau des genoux et elle remarque l'apparition sur les jambes de taches rouges.

A l'examen du 17, on trouve des taches purpuriques fort nombreuses à la face antérieure des deux jambes ; la taille de chaque élément varie de la dimension d'une tête d'épingle à celle d'une

lentille ; leur disposition semble à peu près symétrique. Les douleurs articulaires sont atténuées ; les genoux sont toutefois encore un peu tuméfiés. L'haleine est mauvaise. Les selles sont fétides. L'état général est assez bon, la température est de 38 degrés. On fait une première injection sous-cutanée de 20 cent. cubes de sérum antidiphtérique. On prescrit une purgation saline (sulfate de soude).

Le 18, la malade a eu dans la nuit des vomissements, et elle se plaint du ventre. On fait une seconde injection sous-cutanée de 20 cent. cubes de sérum antidiphtérique.

Le 19, les douleurs abdominales augmentent d'intensité ; elles sont diffuses, mais prédominent dans la fosse iliaque droite ; il y a



de l'hyperesthésie cutanée et un peu de défense musculaire. Un vomissement bilieux se produit dans la matinée ; malgré l'application de glace sur le ventre, une selle contenant une grande quantité de sang est émise à midi ; à 3 heures de l'après-midi, un vomissement bilieux précède l'apparition d'une hématémèse de moyenne abondance.

Le 20, tandis que les taches purpuriques des membres inférieurs sont en voie de régression, de nouveaux éléments apparaissent aux cuisses, dans les régions fessières, mais surtout à la face dorsale des avant-bras et des coudes. Les urines sont légèrement troubles ; la réaction de Meyer y décèle la présence de sang.

Le 21, les taches purpuriques sont très rapprochées aux membres supérieurs ; elles constituent aux coudes de larges placards hémor-

ragiques, qui ont tendance à se sphacéler. On note sur les gencives quelques taches purpuriques. La face dorsale des mains est œdématiée, le mouvement et la pression y déterminent une douleur assez vive.

De nouveaux éléments purpuriques apparaissent sur la paroi antérieure de l'abdomen.

Le 22, les douleurs abdominales persistent, elles sont accompagnées d'hématémèses et de mélæna. La réaction de Meyer est négative, bien qu'il existe une grande quantité d'albumine dans les urines ; il est, d'ailleurs, impossible de trouver des hématies dans le culot de centrifugation de 10 cent. cubes d'urines.

Le 27, l'état général s'altère, la malade accuse toujours de vives douleurs abdominales ; la palpation dénote une résistance musculaire de la paroi antérieure du ventre. La réaction de Meyer est toujours négative, bien que les urines soient fortement albumineuses.

Le 31, les douleurs abdominales sont encore plus vives que les jours précédents, il y a des vomissements bilieux ; on note l'absence d'évacuations intestinales. La contracture des muscles de l'abdomen est surtout accusée du côté gauche. La réaction de Meyer est positive. La température atteint 39°5 le matin, 40 degrés le soir. Le lendemain, une selle sanglante est émise spontanément.

Le 3 *février*, des vomissements verts se produisent sans interruption, le ventre se météorise, et, tandis que la température s'abaisse, le pouls augmente progressivement de fréquence. On prescrit un lavement de sérum gélatiné.

Le 5, après un affaiblissement rapide et progressif de l'état général, une abondante hématémèse se produit. Le facies péritonéal est typique ; la malade a conservé cependant toute sa connaissance. Elle succombe dans un état syncopal le 6 *février*, à une heure du matin, parès avoir vomi une demi-cuvette de sang rouge.

Examen du sang le 21 janvier 1910.

Numération :

Globules rouges..... ...	5.320.000
Globules blancs.....	18.000
Hémoglobine (Tallqvist).....	95 p. 100.

Examen du sang sec. Equilibre leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles . .	83,5 p. 100.
Polynucléaires éosinophiles.. . .	0,3

Grands mononucléaires.....	3
Mononucléaires moyens.....	10 5
Lymphocytes.....	3

Aucune forme cellulaire anormale (ni myélocytes, ni hématies nucléées) ; aucune altération globulaire.

Etude de la coagulation du sang (prélèvement du sang dans la veine médiane céphalique). — Coagulation du sang rapide, en moins de cinq minutes. Le caillot se rétracte dans les délais habituels ; le sérum transsudé est d'apparence normale.

Examen bactériologique du sang. — Deux ensemencements de sang sont pratiqués avec une asepsie rigoureuse, les 20 et 25 *janvier*, 20 cent. cubes sont répartis chaque fois dans deux ballons (cultures aérobies et anaérobies sous l'huile). Ces examens demeurent négatifs.

Autopsie *le 7 février* 1910 (trente heures après la mort). — A l'ouverture de la cavité abdominale, les anses intestinales apparaissent congestionnées, du pus est accumulé dans les fosses iliaques et surtout dans le petit bassin ; il n'y a pas de fausses membranes.

Le duodénum et le jéjunum, d'une part, l'iléon, d'autre part, au voisinage du cæcum, sur une longueur de 30 centimètres, ont une teinte noirâtre.

Un courant d'eau passant dans l'intestin met en évidence une perforation minuscule du duodénum située à 15 centimètres du pylore.

L'intestin incisé, on note une teinte uniformément noire de la muqueuse du duodénum et de la partie terminale de l'iléon ; ces modifications témoignent de l'intensité du processus hémorragique. Par places, les plaques de Peyer sont légèrement ulcérées. Ces altérations légères et irrégulières se différencient facilement des lésions importantes des plaques de Peyer dans la fièvre typhoïde.

Congestion de la muqueuse stomacale, sans ulcération.

Le foie (1,500 gr.) est augmenté de volume ; la coupe répond à celle du foie toxi-infectieux (décoloration, apparence graisseuse et marbrures irrégulièrement disposées).

La rate est diffluente, congestionnée (160 gr.).

Les reins (180 gr.) présentent sous la capsule un piqueté hémorragique étendu à toute la surface. La décortication est facile. L'aspect hémorragique est beaucoup moins net à la coupe de l'organe, dont la congestion est cependant très accentuée.

Le pancréas est congestionné, d'apparence rosée sur les coupes.

Le péricarde contient quelques grammes de liquide citrin ; on trouve des signes d'endocardite récente au niveau des deux valves de la mitrale (face auriculaire).

Les poumons sont simplement congestionnés, sans trace de tuberculose. Le cerveau et les méninges sont sains, il en est de même des organes génitaux.

Obs. VII. — Nobécourt et Tixier, *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 22 avril 1910.

Troubles gastro-intestinaux ; purpura. — Syndrome péritonéal ; melæna, hématuries. — Séries d'éruptions purpuriques. — Guérison.

Maurice C..., 10 ans, entre le 17 décembre 1909 dans le service du Prof[r] Hutinel, pour des troubles digestifs et une éruption qui recouvre les téguments des membres inférieurs.

Le seul antécédent héréditaire, digne d'être noté, est la syphilis possible de la mère qui souffre de céphalées nocturnes et qui a fait trois fausses couches consécutives.

Le petit malade fut élevé au sein, se développa d'une façon normale ; il contracta la varicelle à 18 mois et une rougeole très légère à 3 ans. A 9 ans, il fut soigné pour une entérite (constipation, selles glaireuses, vomissements) ; à la suite de cette maladie il suivit un régime pendant 6 mois.

Maladie actuelle. — Le 2 *décembre* surviennent de violentes douleurs abdominales accompagnées de vomissements, de constipation et de selles glaireuses. Après quelques jours de cet état intestinal, des éléments purpuriques apparurent sur les membres inférieurs.

A l'examen du 17, on note la présence d'éléments purpuriques papulo-vésiculeux presque confluents sur les membres inférieurs, beaucoup plus discrets au niveau des bras.

La langue est saburrale, l'haleine est mauvaise, l'abdomen est rétracté et douloureux à la palpation : on sent des matières dures dans le côlon.

Le 22, une intradermo-réaction à la tuberculine faite la veille a pris une étendue inaccoutumée, elle est d'une teinte purpurique très accusée. L'éruption des membres inférieurs est en voie de disparition, mais l'enfant se plaint du testicule gauche ; la tête de l'épididyme est tuméfiée et douloureuse. Les selles contiennent un peu de sang.

Le 23, de petits groupes d'éléments papuleux, de teinte ecchymotique, apparaissent au niveau des genoux et des articulations du coude.

Le 27, l'état général est mauvais, une nouvelle poussée de purpura coïncide avec l'aggravation de l'état général ; le facies est anxieux ; il y a eu deux vomissements bilieux dans la nuit, les douleurs abdominales persistent, malgré l'application de larges vessies de glace. Les urines sont diminuées de quantité, hautes en couleur (200 gr. dans les 24 heures). Une injection de morphine pratiquée à la cuisse droite a déterminé l'apparition d'une ecchymose assez large.

Jusqu'ici le traitement a consisté en injections sous-cutanées de sérum antisyphilitique, frais, à la dose de 20 cc., et en potion de chlorure de calcium.

Le 29, état général très mauvais, avec tendances syncopales. L'abdomen est très douloureux, contracturé ; on note une série d'hémorragies intestinales (8 selles sanglantes dans les 24 heures). On prescrit 15 gouttes d'une solution d'adrénaline au millième. Nouvelle poussée généralisée de purpura.

Le melæna se prolonge et de nouvelles selles sanglantes sont constatées les 30, 31 *décembre* 1909 et le 1er *janvier* 1910.

Le 2 *janvier*, une ecchymose de la lèvre supérieure, dont l'apparition date de deux ou trois jours, s'ulcère, s'est infectée et donne lieu à un œdème très accusé de la région.

De nouveaux éléments purpuriques confluents sont notés au niveau de la face dorsale des articulations des phalanges. Ces articulations ainsi que les jointures du coude sont tuméfiées et un peu douloureuses.

Quelques ecchymoses se sphacèlent à leur centre (face postérieure des articulations du coude, paroi abdominale antérieure, doigts).

Le 5, les selles sont de nouveau sanglantes ; les ulcérations de la lèvre inférieure sont en voie d'amélioration.

Toutes les régions où des injections sous-cutanées ont été pratiquées sont couvertes de larges placards purpuriques.

Malgré l'amélioration de l'état général et un relèvement du taux des urines qui auraient pu faire croire au début de la convalescence, une nouvelle poussée purpurique se produit le 11 *janvier ;* elle recouvre la plus grande partie de l'abdomen.

Le 14, l'amélioration est manifeste, bien que l'état général soit encore assez précaire et l'amaigrissement considérable. Les urines, assez abondantes, contiennent un peu de sang (réaction de Meyer positive).

Le 25, de nouveaux éléments éruptifs apparaissent, ils sont disséminés dans toute l'étendue des téguments.

Dans le courant de *février*, la convalescence se fait assez rapidement, bien que les urines contiennent encore un peu d'albumine et une certaine quantité de sang.

Le 17 *mars*, il existe une polyurie assez importante (2 litres 1/2 à 3 litres d'urine dans les 24 heures). Les urines ne renferment pas de sucre, elles contiennent des traces d'albumine, mais pas de sang (réaction de Meyer négative). On note une légère arythmie. Les autres appareils sont normaux.

Le 24, l'enfant est envoyé à la campagne pour parfaire sa convalescence.

La température s'est maintenue pendant toute la durée de la maladie aux environs de 37°.

Le poids était, à l'entrée, de 23 kil. 900 ; il tomba à 19 kil. 550 le 22 *janvier* 1910, pour remonter à 26 kil. 400 le jour du départ.

Examen du sang le 29 décembre 1910.

Numérations :

Globules rouges.....	5.272 000
Globules blancs.....	21.600
Hémoglobine (Tallqvist).....	90 p. 100.

Examen du sang sec. Equilibre leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles.....	85 p. 100.
Polynucléaires éosinophiles.....	2
Grands mononucléaires.....	3,5
Mononucléaires moyens.....	9
Lymphocytes.....	0,5

Aucune forme cellulaire anormale ; ni myélocytes, ni hématies nucléées. Très légères inégalités dans la taille et l'intensité de coloration des différents globules rouges.

Etude de la coagulation du sang (prélèvement du sang dans la veine du pli du coude). — Coagulation rapide en moins de 5 minutes. Le caillot se rétracte dans les délais habituels ; deux heures après la prise du sang, une quantité notable de sérum d'apparence normale a déjà transsudé.

Examen bactériologique du sang. — L'ensemencement du sang est pratiqué avec une asepsie rigoureuse le 18 *janvier* 1910 ; 20 cc. de sang sont répartis dans deux ballons (culture aérobie et culture anaérobie sur milieu sucré sous huile). Les ensemencements demeurent négatifs.

Obs. VIII. — Nobécourt et Tixier, *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 22 avril 1910.

Purpura ; syndromes péritonéal sans hématémèses ni melæna. — Hématuries. — Douleurs rhumatoïdes. — Série d'éruptions purpuriques. — Guérison.

Camille C..., 5 ans 1/2, entre dans dans le service du Prof[r] Hutinel, salle Parrot, le 3 janvier 1910, pour une éruption qui couvre les téguments des membres supérieurs et inférieurs.

Aucun antécédent héréditaire instructif. L'enfant naquit à terme ; elle fut nourrie au sein, eut sa première dent à 8 mois et marcha à 14 mois. On note seulement une coqueluche à l'âge de 3 ans, qui disparut sans laisser le moindre reliquat.

Maladie actuelle. — Le 22 *décembre* 1909, la mère constata le matin, au réveil, de larges plaques rouges et douloureuses sur les membres inférieurs ; le 24 *décembre*, les membres supérieurs étaient le siège de modifications semblables ; il existait en même temps un léger œdème de la face dorsale des mains et des pieds.

A l'examen, du 3 *janvier* 1910, on note des éléments purpuriques de dimensions inégales, généralement petits, au niveau des membres supérieurs et inférieurs, de la région fessière, du bord libre des paupières ; ce sont de simples pétéchies. Par contre, on voit de larges ecchymoses à la face antérieure des cuisses. Ces placards purpuriques auraient été précédés *in situ* par des placards érythémateux particulièrement douloureux.

On trouve quelques ganglions cervicaux, des matières dures dans le côlon. La température est normale (37°4). Les différents appareils sont normaux. L'état général n'est pas mauvais.

Le 4 *janvier*, la malade a des vomissements verts, bilieux, incessants, qui ont débuté pendant la nuit ; l'intolérance gastrique est complète ; le lait glacé, donné par petites quantités, n'est même pas supporté. Les douleurs abdominales sont généralisées à tout l'abdomen ; on sent une défense manifeste de la paroi. L'enfant est couchée dans l'attitude dite « chien de fusil », le facies anxieux.

Le 5, on constate l'apparition d'une nouvelle poussée de purpura ; il existe une tache ecchymotique large comme la paume de la main au pourtour de l'ombilic. Les coliques sont encore plus vives que la veille, les vomissements sont continuels ; il n'y a cependant ni hématémèse ni melæna. L'état général est assez mauvais.

Le 7, on ne note aucune détente dans les manifestations cutanées et gastriques ; malgré des purgations quotidiennes, la constipation

toujours aussi marquée. L'intradermo-réaction à la tuberculine donne lieu à une large tache purpurique. Pendant les cinq premiers jours de séjour de l'enfant à l'hôpital, la température oscille entre 37°1 et 37°8.

Le traitement a consisté principalement pendant les premiers jours en injections sous-cutanées de sérum antidiphtérique frais à la dose de 10 cc.

Le 8, apparaît une nouvelle poussée purpurique accompagnée d'une tuméfaction douloureuse d'un certain nombre d'articulations. Le poignet droit et les gaînes synoviales sont particulièrement gonflés. Médication : 10 gouttes chaque jour d'une solution d'adrénaline au millième.

Le 10, la main droite est œdématiée ; les larges placards purpuriques de la région abdominale se sphacèlent.

Le 12, on remplace l'adrénaline par du chlorure de calcium à la dose de 1 gr. chaque jour.

Le 13, l'état général est meilleur, l'enfant est moins abattue ; cependant de nouveaux éléments purpuriques apparaissent au niveau des genoux et de l'abdomen. On constate une nouvelle plaque de sphacèle de la dimension d'une pièce de cinq francs dans la région inguinale droite. Les ganglions sous-jacents sont tuméfiés ; il existe un peu d'œdème de la grande lèvre du même côté. Les symptômes abdominaux ont complètement disparu.

Le 15, on note une légère bouffissure du visage avec œdème palpébral coïncidant avec une nouvelle poussée d'éléments purpuriques sur la face dorsale des pieds.

L'examen des urines décèle 0 gr. 60 d'albumine par litre, la réaction de Meyer est négative.

Le 17, la chute des escarres abdominales et inguinales laisse de vastes ulcérations à contours irréguliers. Pansements à l'iodoforme.

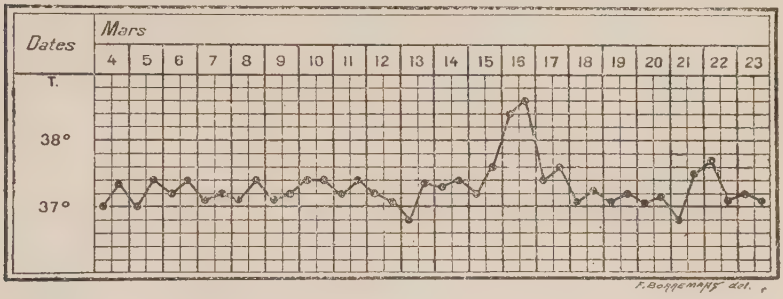
Le 24, les ulcérations sont en voie de cicatrisation assez rapide, mais on trouve de nouvelles taches purpuriques à la face interne des jambes et à la région postérieure des coudes.

Le 31, la cicatrisation des ulcérations est complète. Par contre, les urines, assez abondantes, contiennent beaucoup de sang (réaction de Meyer précoce et intense).

Du 31 *janvier* au 7 *février*, bien que l'état général soit meilleur, on observe tous les symptômes urinaires d'une hématurie de moyenne abondance. La tension est de 11,5 au sphygmosignal de Vaquez.

Les jours suivants, les urines sont plus claires, mais la réaction de Meyer, indiquant la présence d'une certaine quantité de sang dans l'urine, persiste encore le 10 *mars*.

Le 16 *mars*, dix jours après d'une injection sous-cutanée de 10 cc. de sérum antidiphtérique, l'enfant est prise d'une éruption sérique intense avec élévation de la température à 38°6. Les urines, qui étaient redevenues claires avec cependant persistance de la réaction



de Meyer, deviennent plus rares, hautes en couleur, bouillon sale, et contiennent une plus grande quantité de sang qu'auparavant.

Le 31, l'albumine persiste ; la réaction de Meyer est positive de temps en temps.

Examen du sang le 10 janvier 1910.

Numérations :

Globules rouges.....	5.648.000
Globules blancs.....	15.800
Hémoglobine (Tallqvist)	95 p. 100

Examen du sang sec. Equilibre leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles.....	64,5 p. 100
Polynucléaires éosinophiles.....	3
Grands mononucléaires.....	13
Mononucléaires moyens.....	17,5
Lymphocytes.....	2

Aucune forme cellulaire anormale : ni myélocites, ni hématies nucléées. Légères inégalités dans la taille et l'intensité de coloration des différents globules rouges.

Etude de la coagulation du sang (prélèvement du sang dans une veine des plis du coude). — La coagulation du sang se fait rapidement en cinq minutes. La rétraction du caillot débute quatre heures

après le prélèvement du sang ; le sérum transsudé est normal comme quantité et coloration. Un certain nombre d'hématies sont toutefois rassemblées au fond du tube et n'ont pas été emprisonnées dans le caillot.

Examen bactériologique du sang. — L'ensemencement du sang est pratiqué avec une asepsie aussi rigoureuse que possible le 10 *janvier* 1910. Vingt cc. de sang sont répartis dans deux ballons (cultures anaérobie et aérobie). Cet examen n'a donné qu'un staphylocoque blanc.

Obs. IX (Zaaijer, *Nederl. Tijdsch. voor Geneesk.*, 1908, N° 7).

Purpura et invagination intestinale. — Douleurs rhumatoïdes. — Crises douloureuses abdominales. — Diagnostic d'invagination. — Laparotomie. — Résection. — Guérison.

Une fillette de 6 ans est admise le 14 novembre 1907 dans le service du Prof[r] Nolen, à l'hôpital universitaire de Leyde.

L'enfant, débile, scrofuleuse, a présenté aux genoux, il y a 5 jours, de petites taches rouges qui, peu à peu, augmentèrent de nombre et de dimensions.

Il y a 3 jours, elle a eu des douleurs dans les genoux, au point qu'elle ne pouvait plus marcher. Elle ne présenta d'ailleurs aucun autre symptôme de maladie.

Lors de son entrée, on trouva de petites hémorragies cutanées au pourtour des articulations des genoux et des coudes, ainsi qu'aux fesses. Les gencives ne présentaient pas d'hémorragies. Il existait une légère élévation de température ; le pouls était assez fréquent. L'enfant n'avait aucune douleur abdominale et, en l'examinant, on ne trouva rien d'anormal dans le ventre.

On posa le diagnostic de purpura.

Dans la nuit qui suivit son entrée, l'enfant se plaignit à plusieurs reprises de douleurs dans le ventre, et elle eut quelques vomissements. La douleur survenait par accès très violents et disparaissait ensuite pour un temps. Il n'y avait aucune évacuation de gaz ; aucune selle. Le matin, on sentait à droite, dans le bas-ventre, une tumeur en forme de boudin, recourbée en U. Elle était mobile et extrêmement douloureuse à la palpation. Le ventre n'était pas augmenté volume, mais à peine tendu. On ne pouvait mettre en évidence un exsudat.

. On posa alors le diagnostic d'invagination. Le soir, l'enfant fut passée en chirurgie et opérée par moi.

L'anesthésie étant pratiquée par un mélange de chloroforme, éther et oxygène, la cavité abdominale fut ouverte par une incision paramédiane du côté droit, en réclinant latéralement le muscle abdominal droit. De la cavité péritonéale, il s'écoula une grande quantité de liquide séro-sanguinolent. Dans la fosse iliaque droite, on découvrit un peloton d'intestin de couleur noir bleu. Il était si solidement attaché en arrière, qu'il fut impossible d'attirer l'intestin malade dans la plaie et de l'isoler. Aussi, à côté de la première incision, on en pratiqua une seconde, transversale, en sectionnant le muscle droit. Alors, le segment intestinal put être attiré convenablement et isolé par le procédé de Mikulicz. On vit alors qu'il existait une invagination iléo-cœcale longue de 3 décimètres, dont la tête s'avançait presque jusqu'au cœcum.

Au niveau du collet de l'invagination, le péritoine était couvert de couches d'une gelée fibrineuse. Alors, comme le péritoine était déjà très fortement enflammé et qu'il y avait, par suite, danger de perforation, on ne fit pas de tentatives de réduction : on retrancha toute la tumeur formée par l'invagination. Il ne sembla pas possible de réunir immédiatement l'extrémité de l'intestin grêle avec le cœcum. Le cœcum fut donc aveuglé.

Comme les deux feuillets du péritoine sont assez distants dans cette région, la suture n'était pas bien recouverte de péritoine. Aussi le méso-appendice avec l'appendice fut-il fixé sur la suture qui se trouva ainsi complètement recouverte de péritoine. Puis l'iléon fut implanté latéralement sur le côlon transverse ; après quoi, l'abdomen fut fermé sans drainage, par des sutures en étages. Enfin, l'incision faite au muscle droit fut suturée avec du gros catgut.

L'enfant guérit sans aucun ennui. Deux jours après l'opération, le purpura avait déjà fortement pâli, et le 17 décembre, la malade quittait l'hôpital avec un bandage abdominal. Le 10 février, je la vis de nouveau. La cicatrice était solide et le muscle droit se prêtait parfaitement aux mouvements actifs. L'enfant avait une diarrhée un peu fréquente. Il est vraisemblable qu'il faut en chercher la cause dans la suppression d'une portion considérable du gros intestin.

Obs. X (Zaaijer, *Nederl. Tijdsch. voor Geneesk.*, 15 août 1908, N° 7).

Une fillette de 9 ans fut admise, le 21 janvier 1908, dans le service du Prof[r] Nolen, à Leyde. Depuis la veille, l'enfant ne se sentait pas

l'on. Elle avait froid et se plaignait de mal de tête et de douleurs dans les bras et les jambes. L'appétit avait été normal, ainsi que les selles. Elle n'avait eu ni vomissements ni nausées.

D'autre part, on avait remarqué de petites taches rouges dans la peau du bas de la jambe droite. Deux jours auparavant, elle s'était fait, en patinant, une petite blessure au mollet droit. A son entrée à l'hôpital, l'enfant avait une température élevée (39° température rectale), tandis que la fréquence du pouls était de 100 environ. Sur les deux jambes, de préférence au voisinage des genoux et des chevilles, on trouvait des hémorragies cutanées. De même au pourtour des chevilles et sur le dos. Les taches les plus étendues siégeaient au pourtour des articulations des coudes et sur le dos.

Les articulations citées, ainsi que le dos, étaient un peu douloureuses à la palpation. Il n'y avait pas d'hémorragies gingivales. On porta le diagnostic de purpura. Le lendemain de son entrée, l'enfant eut tout à coup de violentes douleurs à droite de la région lombo-sacrée. Pour le reste, l'état n'était pas modifié.

Le jour suivant, la douleur dans le dos avait à peu près disparu ; mais au cours de cette journée — par conséquent 3 jours après la première éruption purpurique — l'enfant se mit à vomir. Il avait aussi une douleur à droite dans le bas-ventre. Les vomissements se répétaient à chaque instant, en même temps que la douleur augmentait.

A l'examen, on sentait à droite de l'ombilic, une tumeur oblongue qui, à la palpation, était extrêmement douloureuse. Le soir, je vis l'enfant. La fillette dormait alors d'un sommeil calme. Pendant les dernières heures, elle n'avait plus eu de vomissements ; la langue était humide ; la température rectale était de 37°8 ; le pouls était bon. Toutefois, elle n'avait eu dans la journée aucune selle, ni évacué aucun gaz.

Le ventre était un peu gros, non tendu. Un peu de matité dans les flancs. A droite de l'ombilic on pouvait sentir une tumeur en forme de boudin, longue de un décimètre. La palpation faisait beaucoup souffrir l'enfant. La tumeur était nettement mobilisable sous la paroi abdominale. Le toucher rectal n'apporta rien de particulier.

Le siège de la tumeur rendait invraisemblable l'existence d'une invagination située très bas ; de sorte qu'on ne pouvait espérer grand secours des irrigations. Aussi, je conseillai une opération qui fut quelques heures plus tard, pratiquée par moi.

L'enfant étant endormie par un mélange de chloroforme, éther et oxygène, la cavité abdominale fut ouverte au moyen d'une incision paramédiane du côté droit, en réclinant latéralement le muscle droit. Il s'écoula une assez grande quantité de liquide séro-sanguinolent.

La tumeur que l'on sentait, se laissa facilement amener dans la plaie et fut isolée par le procédé de Mikulicz.

La partie inférieure de l'iléon, jusqu'au cœcum, sur une longueur d'environ 2 décimètres, était épaissie, de consistance pâteuse et de couleur rougeâtre. La séreuse était un peu mate. Cet aspect offrait la plus grande ressemblance avec ce que nous observons si souvent sur des intestins qui, pendant longtemps, ont été irréductibles et légèrement comprimés.

Le mésentère paraissait un peu épaissi. La limite du côté du cœcum n'était pas nettement tranchée. Du reste, on trouvait là de solides adhérences avec l'appendice et son méso. La limite supérieure de ce segment intestinal était nettement tranchée. A environ un décimètre plus haut, l'intestin, du reste normal, semblait à première vue avoir été serré par un cordon circulaire solide. La couleur de l'intestin, à cette place, était cependant tout à fait normale. Cet anneau persista jusqu'à la fin de l'opération.

Les adhérences furent supprimées, l'appendice fut enlevé. Comme, dans le mésentère de cette portion modifiée d'intestin, on sentait des battements, et que la circulation paraissait être satisfaisante, on la replaça dans le ventre, et la cavité abdominale fut fermée par des sutures en étages.

Dès le lendemain de l'opération, il y eut une abondante évacuation de gaz, avec de nombreuses selles diarrhéiques.

Dans le cours ultérieur de la maladie, se développa un très sérieux cas de purpura avec grandes ecchymoses, melæna et hémoglobinurie.

La deuxième nuit après l'opération apparurent des convulsions dans le bras et la jambe droits ; le jour suivant, le bras droit était paralysé. Peu à peu, cependant, le purpura commença à pâlir ; la paralysie, à disparaître ; les selles et l'urine, à redevenir normales, si bien que, le 15 février 1908, la fillette guérie, put quitter le service. La plaie à la jambe droite avait guéri en très peu de temps, après une légère suppuration superficielle.

Les premiers jours après l'opération, le ventre était encore douloureux à droite et rendait impossible un palper minutieux.

Il est certain qu'après une semaine on ne pouvait plus rien sentir de la tumeur.

Obs. XI (Hugh Lett, *Lancet*, 1909, N° 11, p. 534).

« Purpura de Henoch » et invagination (2 invaginations successives). — Péritonite généralisée. — Mort. — Autopsie.

Un garçon de 3 ans fut admis au Poplar Hospital le 29 septembre

1907. Voici les renseignements fournis par la mère : très bien portant jusqu'au 27 ; il avait, ce jour-là, joué comme un enfant ordinaire jusqu'à 4 heures de l'après-midi, heure à laquelle sa mère lui fit prendre un bain. Il se plaignit à ce moment de douleurs dans la jambe gauche et sa mère remarqua que le genou était un peu enflé. Le lendemain matin, il y avait un œdème considérable du scrotum et des deux jambes. On ne voyait pas de taches dans l'après-midi du 28 ; mais, dans la soirée, la mère observa sur la jambe gauche une ou deux ampoules remplies d'un liquide de couleur pourpre. Le pied gauche, au niveau de la cheville, était alors si enflé qu'il avait fallu couper la chaussette pour la retirer. Les évacuations intestinales eurent lieu normalement jusqu'au 27 ; ce jour-là, il y eut des selles fréquentes et incomplètement moulées. Le 28, au matin, il eut une selle normale. Il ne se plaignit pas de douleur abdominale jusqu'au matin du 28, où il fut soudain en proie à un paroxysme douloureux qui lui arrachait des cris. De semblables crises douloureuses accompagnées de cris se renouvelèrent par intermittences jusqu'à son admission à l'hôpital, le jour suivant. Il y eut évacuation de sang et de mucosités par l'anus le 28 au soir ; le même fait se répéta plusieurs fois pendant la nuit. Le lendemain matin, il eut un vomissement après les cris de douleur. Dans son histoire on ne retrouva aucune trace d'angine ; il n'avait jamais eu la fièvre scarlatine ni aucune autre maladie, sauf la rougeole à l'âge de 6 mois. Il y avait à la maison, en même temps que lui, un autre enfant qui était tout à fait bien portant.

A l'entrée à l'hôpital, la température était de 99° 4 F. (37°4 centigrades) ; le pouls était de 140 par minute. L'enfant avait l'air malade ; il y avait de petites taches purpuriques sur les oreilles, les jambes, le scrotum. L'abdomen était légèrement distendu, mais non douloureux à la pression. La palpation faisait découvrir une tumeur en forme de boudin dans la partie droite de l'abdomen. La rate n'était pas perceptible à la palpation. Par le toucher rectal on ne sentait rien d'anormal mais le doigt explorateur revenait couvert de sang. Une petite selle qui eut lieu après l'entrée du malade à l'hôpital fut examinée : on n'y trouva que du sang et des mucosités, aucune trace de bile.

On fit une laparotomie. Une incision de 2 pouces (5 cent.) pratiquée à travers le muscle droit du côté droit, fit découvrir une invagination iléo-cœcale. Elle fut réduite sans difficulté, et la plaie fut suturée au fil de soie, en un temps. Voici ce qui se passa ensuite.

Le 30 *septembre*, lendemain de l'opération, l'enfant semblait aller beaucoup mieux. Il avait eu une selle normale ; les vomissements avaient cessé et il n'y avait pas de douleur abdominale. Le purpura

néanmoins était un peu plus marqué. Les taches avaient des contours irréguliers, malgré leurs petites dimensions ; la plupart n'étaient plus enflammées qu'à moitié, formant déjà des croûtes. Elles étaient éparpillées sur la face, les oreilles, le scrotum et les jambes.

Le 2 *octobre*, la diarrhée commença, et en 24 heures il y eut 9 selles. Il n'y avait pas de vomissements, mais les selles contenaient du sang. Il y avait quelques douleurs abdominales.

Le 3, le purpura avait considérablement augmenté ; il y avait sur la face, les mains, les oreilles de larges taches virant au noir et commençant à former des bulles. De petites taches étaient apparues sur les jambes, les cuisses, les avant-bras ; mais il n'y en avait ni sur la poitrine ni sur l'abdomen. La diarrhée avait cessé et les selles ne contenaient pas de sang, bien qu'elles fussent encore molles.

Le 6, l'enfant vomit 4 fois et se plaignit encore de douleur abdominale.

Le 7, le purpura était encore plus prononcé sur la face, les mains et les jambes. La main droite était enflée au point d'être méconnaissable, la main gauche était noire et les doigts devenaient gangréneux. La main gauche était tuméfiée et œdémateuse entre les taches purpuriques. L'abdomen était ballonné, la plaie de laparotomie était purpurique et se nécrosait ; une anse intestinale se voyait au fond de la plaie. Les vomissements persistaient. Les selles se composaient de sang et de mucosités. L'abdomen devint de plus en plus ballonné ; on constata la présence de liquide libre dans la cavité péritonéale. Le malade mourut le 9. A aucun moment les vomissements ne continrent du sang ; les urines ne contenaient pas de sang. La température varia entre 99° et 102°4 F. (37°2 et 39°1 centigrade) du 4 au 7, puis resta voisine de 99° jusqu'à la fin.

Autopsie. — Il y avait une péritonite septique généralisée. On découvrit une invagination intestinale à 18 pouces de la valvule iléo-cœcale. Elle était longue de 5 pouces et irréductible. La rate était normale ainsi que les autres viscères pleins, et l'on ne découvrit aucune hémorragie sous-muqueuse dans les intestins. Les plaques de Peyer n'étaient pas tuméfiées.

En ouvrant et étalant l'invagination, on vit que la partie invaginée était congestionnée et épaissie vers sa tête, mais il n'était pas possible de dire que l'invagination avait été directement causée par une hémorragie sous-muqueuse.

Obs. XII (Cook, *Lancet*, 27 novembre 1909).

Un cas de « Purpura de Henoch. » — Laparotomie. — Pneumonie. — Mort.

Le malade, un garçon de 12 ans, admis à Kensington Infirmary, le 11 mars 1907 expliqua qu'il souffrait de « rhumatisme aigu. »

A son entrée, les genoux et les chevilles étaient gonflés, sensibles et douloureux. Il y avait sur les jambes une éruption que l'on attribua à une péliose rhumatismale. La température était de 98° F. (36°6 centigrades) et le pouls était à 96. Trois jours après il eut une crise de vomissements et se plaignit d'une douleur abdominale qui était surtout violente dans la région ombilicale.

Le lendemain, les symptômes s'aggravaient, les vomissements étaient plus fréquents et les matières vomies étaient striées de sang. Il y avait de la diarrhée et du ténesme ; les selles contenaient du sang et des mucosités. Le jour suivant l'enfant était plus mal ; il y avait de la matité dans la fosse iliaque gauche et l'on sentait aisément une masse du côté gauche de l'abdomen. Les évacuations intestinales étaient fréquentes et les vomissements étaient toujours striés de sang.

Une consultation eut lieu et l'on envisagea la possibilité d'attribuer cet état à un purpura ; mais les symptômes étaient si nettement en faveur d'une invagination que l'opération fut décidée.

L'abdomen fut ouvert par le Dr Potter et l'on découvrit facilement une portion d'intestin qui donnait la sensation d'une invagination. Un examen minutieux montra qu'il s'agissait d'une portion de l'intestin grêle considérablement épaissie sur une longueur d'environ 6 pouces (15 centimètres). En écartant soit en haut, soit en bas ce segment intestinal épaissi, on tombait sur l'intestin normal. L'épaississement était dû à une vaste extravasation sanguine sous le péritoine viscéral. Entre les doigts on sentait comme des vers dans un sac.

A quelques pouces plus bas il y avait une seconde portion d'intestin qui présentait exactement le même aspect. Il n'existait pas de péritonite. La paroi fut refermée.

La diarrhée et les vomissements persistèrent pendant plusieurs jours et finalement cessèrent le 28 *mars*, jour après lequel une broncho-pneumonie se développa du côté gauche.

Le 23, la toux était mauvaise et l'air anxieux. Une éruption purpurique apparut par places aux endroits de pression. L'urine était albumineuse.

Du 22 *mars* au 9 *avril* des poussées pétéchiales apparurent presque chaque jour sur diverses parties du corps : la tête, le tronc, les membres, les mains (dos et paume) et les pieds.

Le malade commença à faire des œdèmes le 11 avril, date à laquelle l'urine, albumineuse, se prenait en masse par la chaleur. Le malade mourut subitement le 24 avril.

A l'autopsie on trouva des adhérences pleurales et une bronchopneumonie au poumon gauche ; une trainée de purpura sur le ventricule gauche et de gros reins blancs. Les autres organes étaient sains.

Obs. XIII (Pybus, *Lancet*, 9 octobre 1909).

Un cas de « Purpura de Henoch. » — Laparotomie. — Guérison.

La malade, une fillette de 9 ans, fut admise (à la Royal Victoria Infirmary), le 5 décembre 1907, pour douleurs dans l'abdomen. Une semaine avant son entrée elle était revenue de l'école à midi en se plaignant d'une douleur dans l'abdomen, près de l'ombilic, douleur qui irradiait dans le dos. On lui donna une dose de « Composition » et elle retourna à l'école dans l'après-midi. Les douleurs empirèrent le soir. Le lendemain la malade fut vue par un médecin et des compresses chaudes furent appliquées sur l'abdomen. Le jour suivant les mains apparurent tuméfiées, mais aucun changement de couleur ne fut noté. Le lendemain la malade prit une dose d'huile de ricin, la tuméfaction des mains disparut, mais de nouvelles plaques d'œdème apparurent sur les épaules. Pendant les 5 jours qui suivirent, la malade eut encore des douleurs abdominales, on continua de lui donner de l'huile de ricin, et de nouveaux œdèmes apparurent dans le dos.

Le jour de son entrée elle eut plusieurs selles sanglantes.

A l'entrée, la température était normale et le pouls était à 140.

L'enfant avait les joues rouges et de la bouffissure autour de l'œil gauche et à côté du nez. Elle était très agitée et avait de la diarrhée. Le 6 décembre elle avait une douleur abdominale survenant régulièrement à quelques minutes d'intervalle : à ce moment elle s'asseyait dans son lit, poussait des cris et appuyait les deux mains sur l'abdomen. Un léger œdème existait autour de l'œil gauche. On ne trouva aucune autre lésion de la peau. Il n'y avait pas de vomissement. On ne releva rien d'important dans les antécédents héréditaires. A l'examen de l'abdomen, on ne voyait ni ballonnement ni mouvements péristaltiques.

A la palpation, il y avait un peu de sensibilité au niveau de la moitié inférieure de l'abdomen, mais ni rigidité, ni masse, ni mouvements péristaltiques. Rien d'anormal au toucher rectal. Les urines contenaient une légère trace d'albumine. Il y avait des selles fréquentes, constituées principalement par un liquide noirâtre, avec du sang altéré et des mucosités. L'odeur n'en était pas fétide. On revit le malade quelques heures plus tard : il était dans le même état. On lui donna une solution de morphine.

On fit un diagnostic d'urticaire du mésentère pour les raisons indiquées plus haut, et le malade fut soigneusement observé. Le 7 décembre l'enfant n'était pas tout-à-fait aussi bien. L'abdomen paraissait un peu plus rempli et il sembla que la sensibilité était augmentée. On décida de faire une laparotomie exploratrice.

L'*opération* fut entreprise par M. G. Richardson. Le malade fut endormi au chloroforme et l'abdomen fut ouvert sur la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic. En examinant l'intestin grêle, on trouva qu'un segment d'environ 8 pouces (20 centimètres) de long était épaissi, œdématié, un peu altéré dans sa couleur, contrastait avec l'intestin, normal, de l'autre côté. Le segment correspondant du mésentère avait un aspect œdémateux. Le reste de l'intestin fut examiné, mais on ne trouva rien d'anormal. L'abdomen fut fermé par des sutures en étages.

Après l'opération, le malade était quelque peu soulagé ; mais les crises douloureuses continuaient avec les mêmes caractères ; la diarrhée et les évacuations sanguines persistaient.

Une semaine après l'opération, une poussée de taches purpuriques apparut à la fois sur les jambes et les avant-bras, du côté extenseur. Deux jours plus tard, l'éruption s'était étendue : des jambes elle remontait jusque sur les fesses. Les gencives étaient normales. On trouva des soulèvements périostiques au devant des tibias.

Pendant la quinzaine suivante, les taches purpuriques continuèrent à apparaître par poussées successives séparées par un intervalle de peu de jours. Au bout de ce temps aucune nouvelle éruption n'apparut et les selles ne furent plus sanglantes. Les douleurs diminuèrent graduellement d'intensité et de fréquence et finalement se calmèrent. Le malade quitta l'hôpital, en apparence bien portant, le 8 février 1908.

Une enquête faite 6 mois plus tard montra qu'il était en bonne santé.

Obs. XIV (résumée) (Betham Robinson (de Londres), *Lancet*, 1er octobre 1910).

« *Purpura de Henoch* » *avec invagination intestinale. — Réduction. — Segment invaginé sphacélé. — Résection de 2 pieds 5 pouces (72 cent.) d'intestin. — Réunion immédiate bout à bout.— Guérison.*

Un garçon de 5 ans fut d'abord vu par le Dr Braidwood le 24 décembre 1909 pour une affection datant de deux jours. La température était de 102°6 F. (39°2 C.). L'articulation du coude gauche était tuméfiée, chaude et douloureuse ; le dos du pied gauche était tuméfié et chaud ; d'autres articulations étaient douloureuses mais non tuméfiées. Il y avait une éruption purpurique manifeste sur les cuisses et la partie inférieure du tronc ; le côté gauche du scrotum était nettement tuméfié et décoloré. L'enfant fut mis au salicylate de soude et en deux jours la température tomba et les articulations apparurent à peu près normales.

Le 27, l'enfant était moins bien ; il se plaignait de douleurs abdominales. Il eut trois selles : la dernière contenait une quantité considérable de liquide et du mucus tacheté de sang.

Le lendemain, étant dans le même état, sauf que la présence de sang dans les selles était plus manifeste, l'enfant fut amené à l'hôpital Saint-Thomas et admis dans le service de mon collègue, le Dr Turney ; mais dans la journée il fut transféré dans mon service pour être opéré.

A son arrivée, il présentait encore un peu de sensibilité au niveau des articulations atteintes. Au niveau des malléoles il y avait quelques taches sombres, et autour de quelques récentes cicatrices sur le coude droit, il y avait une coloration pourpre nette. L'abdomen n'était pas particulièrement ballonné, mais on pouvait sentir au-dessous de l'ombilic une masse très bien délimitée, s'étendant depuis le bord du muscle droit du côté droit, par delà la ligne médiane jusqu'au bord externe du muscle droit du côté gauche. Dans cette zone, il y avait un peu de contracture musculaire et de sensibilité. La température était de 99°6 F., le pouls était à 124, avec 28 respirations par minute. Au toucher rectal le doit revenait couvert de sang noir sans mucus. Il n'y avait pas eu de vomissements.

L'opération fut décidée et l'examen de l'abdomen pendant l'anesthésie montra l'abolition de la contracture constatée antérieurement. On sentait une masse de la dimension d'une paume de main constituée par deux tumeurs élastiques, un peu allongées, presque parallèles, séparées par un sillon. Cette masse pouvait être facilement

déplacée dans l'abdomen et remontée sous le foie. Par le toucher rectal, en poussant la masse en bas, on pouvait la sentir dans le cul de sac de Douglas. On eut recours à l'incision du muscle droit, le muscle étant récliné en dedans, et le fascia et le péritoine sous-jacents étant sectionnés en un temps. Il s'échappa une grande quantité de liquide séreux strié de sang.

On mit à jour une vaste invagination intestinale ressemblant à un fer à cheval tordu....

(*Ici l'auteur fait une description détaillée de son opération : il réséqua 72 cent. d'intestin et sutura bout à bout les deux extrémités. Une portion correspondante du mésentère fut également enlevée*).

Le cylindre externe de l'invagination était distendu et parsemé de petites taches hémorragiques. On ne découvrit pas d'autres hémorragies dans l'intestin. La paroi abdominale fut suturée.

La réunion était à 15 pouces (33 cent. 5) de la valvule iléocœcale. Il n'y avait pas d'épaississements tels que plaques de Peyer tuméfiées dans la partie excisée ni au-delà.

Le soir, après l'opération, le pouls était à 176, la température normale ; 22 respirations par minute.

Le lendemain matin, la température était normale et l'état général du malade, satisfaisant. Dans l'après-midi, la température s'éleva à 103° F. pendant que le pouls atteignait 180. Le malade était très agité, mais le soir la température tombe à 101°4.

Le 30, et le 31, la température descendit graduellement jusqu'à la normale et s'y maintint. Le chiffre des pulsations était réduit à 100 environ. Ces symptômes s'accompagnaient d'une amélioration parallèle dans l'état du malade.

Les points de suture furent enlevés le 5 janvier 1910 quand on trouva une suppuration superficielle à la partie inférieure ; mais il n'y avait pas de sphacèle. Le malade se leva le 15. Tout d'abord, les fonctions intestinales étaient un peu paresseuses ; mais cela passa bientôt. Le traitement ne différait pas, pour le reste, de celui qui est ordinairement en usage en chirurgie intestinale.

Le 19 *janvier*, il y eut une soudaine élévation de température à 104°4, qui fut un peu alarmante ; elle était associée à un violent mal de gorge avec ulcération et tuméfaction des ganglions cervicaux et fut suivie, plus tard, de trachéite et de bronchite. La température resta élevée du 19 au 28, puis descendit en lysis. Pendant tout ce temps, le malade n'avait aucun symptôme abdominal, et les intestins fonctionnaient normalement. Il quitta l'hôpital, guéri, le 2 février, 5 semaines après l'opération : temps qui aurait pu être abrégé de 10 jours, n'eût été ce mal de gorge, etc., dû probablement à l'influenza.

Obs. XV (Collinson, *Lancet*, 12 mars 1910).

Un cas d'invagination avec « purpura de Henoch. »

Le dimanche 22 septembre 1907, à 6 h. 30 du soir, le Dr Derham m'appela pour voir un garçon de 4 ans, qui souffrait de violentes douleurs abdominales avec ballonnement du ventre, vomissements persistants et obstruction.

Les antécédents familiaux étaient bons, et l'enfant, si l'on excepte quelques plaintes dans les premières années, avait toujours été en bonne santé avec des fonctions intestinales régulières et sans aucune douleur abdominale jusqu'à cette maladie.

Le vendredi de la semaine précédente, il s'était plaint de douleur dans les jambes. Deux jours après, il avait fait environ 20 milles en voiture découverte, les jambes exposées au froid. Les parents remarquèrent que, ce soir-là, les jambes de l'enfant étaient enflées et décolorées, et que le lendemain elles étaient couvertes d'une éruption purpurique.

Le mardi et le mercredi l'enfant eut des douleurs abdominales et vomit plusieurs fois, mais les intestins fonctionnaient régulièrement.

Les douleurs abdominales continuèrent, mais moins violentes. L'enfant allait mieux quand apparut une seconde éruption purpurique sur les jambes.

Le jeudi 19 septembre, il paraissait très bien portant et avait faim : on lui donna des gâteaux au raisin et un « goosnargh cake » fait avec du sucre, du beurre et un peu de farine, une friandise du pays qui ne peut être digérée que par un estomac d'autruche. Aussi tôt, il eut des vomissements qui continuèrent jusqu'à la première opération. Il avait aussi des douleurs abdominales.

Le samedi, les vomissements étaient jaunes, mais le malade paraissait un peu mieux.

Le dimanche, à 6 heures 30 du soir, je vis l'enfant, pâle, et à qui la douleur abdominale arrachait des cris intermittents.

La température était normale, le pouls à 132, la langue sèche, l'haleine fécaloïde. Les matières vomies ressemblaient au liquide duodénal. L'abdomen était ballonné et les mouvements intestinaux étaient apparents.

Le toucher rectal montrait la réplétion du petit bassin et l'absence totale de toute trace de sang. Pendant toute la crise il n'y eut pas de sang.

Envoyé à l'hôpital de Preston, à 8 heures du soir, l'enfant fut enveloppé dans de l'ouate et placé sur des bouillottes d'eau chaude. On ouvrit l'abdomen au-dessous de l'ombilic, à droite de la ligne

médiane. Un peu de liquide ascitique clair s'échappa. Je trouvai un intestin grêle congestionné et très dilaté, mais je n'observai pas de taches hémorragiques. Je sentis une longue tumeur, de consistance ferme, serrée dans le petit bassin. Une fois amenée au dehors, on vit qu'il s'agissait d'une invagination intestinale longue de 8 pouces et ulcérée à son collet. La réduction était impossible. L'état de l'enfant, qui présentait du météorisme abdominal, une intoxication stercorale, exigeait un rapide drainage intestinal. La tumeur fut promptement excisée ; des drains furent fixés aux deux bouts de l'intestin et la plaie abdominale fut fermée tout autour d eux. L'écoulement du liquide intestinal se fit rapidement par les deux bouts, surtout par le bout supérieur. Il s'en écoula 2 à 3 pintes dans les 24 heures. Les vomissements cessèrent après l'opération, mais les lavements salins n'étaient pas retenus.

Le lendemain et progressivement les jours suivants, l'enfant put prendre une nourriture liquide : toutes les 4 heures on faisait couler du lait pancréatisé, dans le segment inférieur de l'intestin par le tube de drainage.

Le pouls qui était à 160 après l'opération, tomba bientôt à 132. Le malade allait très bien le mercredi ; il réclamait des aliments solides. L'abdomen était tout à fait plat.

Dans la crainte que la peau ne vînt à s'excorier et les drains à s'échapper, on pensa que le mieux était de tenter l'anastomose sans délai.

96 heures après la première opération, la plaie abdominale fut rouverte ; les drains étaient précisément en train de se séparer. On excisa deux pouces d'intestin à chaque extrémité et l'on fit une suture bout à bout.

L'*opération* dura 45 minutes Le pouls était à 160. Etat de shock évident. On donne immédiatement de l'eau albumineuse ainsi que de la strychnine et de la digitale par voie hypodermique.

Les intestins reprirent leurs fonctions au bout de 6 heures et l état général s'améliora ; mais les bords de la plaie se nécrosèrent, réclamant des pansements fréquents.

L'enfant retourna chez lui le 14 novembre, portant un bandage abdominal et paraissant tout à fait bien portant.

Depuis lors, il s'est développé normalement, il est en bonne santé et n'a présenté aucun trouble abdominal.

Obs. XVI (Percival Mills, *Lancet*, 24 juillet 1909).

Purpura hémorragique avec symptômes d'ileus.

Le 21 *mars* 1909, le malade, âgé de 16 ans, fut envoyé à Salford

Royal Hospital par son infirmier. Il se plaignait de vives douleurs abdominales. Les antécédents héréditaires étaient excellents : ni tuberculose, ni rhumatisme. Le malade avait souffert, de temps en temps, de « douleurs de croissance. » A cela près, il n'avait jamais eu de maladie antérieure. Il n'avait jamais souffert ni de rhumatisme, ni d'angine.

Dix jours auparavant il avait été pris, en travaillant, d'une douleur dans la partie inférieure de l'abdomen. La crise survenait graduellement et, au début, la douleur n'était vive que quand il essayait de soulever quelque chose. Il vomit une fois sans que la douleur fût assez vive pour l'obliger à retourner chez lui et à se mettre au lit. La douleur n'était pas assez accusée pour nécessiter l'emploi de la morphine. Il localisait le siège de la douleur vaguement à la moitié inférieure de l'abdomen et il décrivait les crises comme ressemblant à une colique.

Il resta au lit et à la diète liquide pendant dix jours, durant lesquels aucune amélioration ne se manifesta.

A son entrée à l'hôpital, le malade avait l'apparence d'un garçon bien constitué. Il avait l'air pincé et anxieux, la langue sèche et noirâtre, saburrale ainsi que les lèvres et les dents.

L'abdomen était mou et suivait librement les mouvements respiratoires. Il y avait une légère sensibilité à la palpation profonde dans la fosse iliaque droite, mais d'autre part, l'examen ne révélait rien d'anormal. Par le rectum, on ne sentait rien d'anormal. La température était de 98°4 F. (36°9 centigrades) ; le pouls était à 80, ample et fort. Un laxatif fut donné au malade et amena trois évacuations intestinales. Les selles étaient fluides et de couleur normale, mais renfermaient des traces de sang intimement mêlé et un peu de mucus. L'examen des urines ne révéla rien d'anormal. Le malade continua d'avoir des crises de douleurs abdominales de la plus grande violence, se tordant, avec tous les signes extérieurs d'une extrême douleur. On fit un diagnostic provisoire d'invagination chronique.

Opération. — Avec le consentement de M. André Boutflower, qui eut l'amabilité de me laisser traiter ce cas, j'ouvris l'abdomen en traversant le muscle droit, le 23 mars.

Il y avait une petite quantité de liquide clair dans la cavité péritonéale, et le péritoine pariétal était légèrement hyperhémié. Sur toute la longueur de l'intestin grêle, il y avait de nombreuses taches rouges et œdémateuses. La dernière siégeait à quelques pouces de la valvule iléo-cœcale ; elle s'étendait tout autour de l'intestin et avait environ deux pouces de longueur.

La paroi intestinale était légèrement épaissie, elle était fortement

œdémateuse et congestionnée, mais il n'y avait pas extravasation sanguine. Il y avait des taches semblables, espacées de 9 à 12 pouces sur toute la longueur de l'intestin grêle, lui donnant un aspect curieusement rayé. Elles rappelaient exactement un des cas décrits par le Dr G.-A. Sutherland dans le *Lancet* du 26 juin, sauf qu'elles ne faisaient pas tout le tour de l'intestin.

A environ deux pieds à partir du duodénum, il y avait une cicatrice circulaire produisant un très léger rétrécissement. Elle était visiblement ancienne et ressemblait à la cicatrice d'une ancienne invagination. Il n'y avait aucun dépôt fibrineux, ni aucun autre signe d'inflammation ancienne ou récente. L'appendice vermiforme et le gros intestin étaient normaux. L'abdomen fut fermé par le procédé usuel. Le lendemain (24 mars), il n'y eut qu'une légère crise douloureuse, et le jour suivant, il n'y eut aucune douleur.

Le 26, apparurent quelques éléments purpuriques typiques sur le poignet gauche. Ils étaient groupés dans une région de un pouce et demi sur un pouce, sur la face cubitale. Il n'y avait de taches nulle part ailleurs sur le corps.

Dans la journée, toutefois, apparurent deux petites taches sur le dos de la main gauche.

Le 27, il y avait des taches plus nombreuses sur le dos de l'avant-bras et de la main gauches ; il y avait de nouveau une légère douleur abdominale et du sang existait dans les selles en aussi grande quantité que précédemment.

Le 29, des taches apparurent sur les coudes et les chevilles ; la température resta à peu près normale constamment, sauf pendant la formation d'un abcès local.

Le 30, il y avait un épais nuage d'albumine dans l'urine ; ni sang, ni cylindres. La quantité totale était de 36 onces (1,080 gr.) ; état général meilleur.

Le 11 *avril*, il y avait hématurie abondante, un peu de liquide libre dans le péritoine, tandis que les pieds et les mains étaient œdématiés. Le malade semblait beaucoup plus mal. L'œdème persista jusqu'au 7 mai et le liquide péritonéal jusqu'au 20 juin.

Actuellement (5 *juillet*) le malade est convalescent, il n'y a pas de douleur abdominale et les matières ne renferment pas de sang. Cependant il y a encore une trace de sang dans l'urine.

Obs. XVII (Résumée), Döbeli (*Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*, 1er avril 1908).

Erwin A..., âgé de 8 ans, fut pris le 21 janvier 1907, de douleur abdominale aiguë, en forme de coliques, avec constipation.

Les crises douloureuses continuèrent, la diarrhée survint ; il y eut des selles formées de sang pur. Au bout d'une semaine environ apparurent des taches purpuriques d'abord localisées aux jambes, bientôt après généralisées à tout le corps, s'accompagnant de gonflement et de sensibilité dans beaucoup d'articulations.

Trois ans auparavant l'enfant avait déjà eu de semblables crises douloureuses en forme de coliques que l'on avait attribuées à un empoisonnement par le plomb (il jouait avec des soldats de plomb) et des douleurs articulaires que l'on avait crues d'origine rhumatismale.

A son entrée à l'hôpital, le 9 février, il y avait des pétéchies sur le tronc et sur les extrémités. Les paupières étaient bouffies ; il y avait de l'œdème des pieds. L'abdomen était rétracté.

Au niveau de l'anse sigmoïde, la pression était douloureuse et l'on pouvait mettre en évidence une tumeur oblongue, légèrement mate, de consistance ferme, assez mal délimitée, mobile, située sur le trajet du côlon descendant et en apparence immédiatement au-dessous de la paroi abdominale. Le toucher rectal ne donnait aucun renseignement ; le doigt revenait souillé de matière fécale sanguinolente. Des lavements d'huile amenèrent une sédation des symptômes aigus et le rejet d'une grande quantité de matières fécales.

Une semaine plus tard, il y eut une nouvelle poussée de purpura, avec œdèmes au niveau des articulations et douleur abdominale. La tumeur fut de nouveau perceptible à la palpation, mais elle paraissait plus volumineuse et sa forme semblait modifiée. Le diagnostic d'ileus par coprostase fut alors changé en celui d'ileus par invagination chronique ou récidivante de l'anse sigmoïde.

Comme les crises douloureuses et le purpura continuaient, la malade fut adressée à un chirurgien pour être opérée. Le chirurgien ne put découvrir aucune tumeur ni par la palpation abdominale, ni par l'examen rectal. Il n'y eut plus de douleurs abdominales, mais l'hématurie fit son apparition et de nouvelles taches de purpura apparurent de temps en temps.

Le diagnostic final fut celui-ci : invagination chronique due à une constipation chronique, et purpura secondaire.

L'enfant fut revu au mois d'août ; la guérison était complète.

Obs. XVIII (Greig) (Résumée par Hugh Lett, *Lancet*, 20 février 1909).

Le malade était un garçon de 9 ans.

Six jours avant son entrée à l'hôpital, il vomit, et le lendemain, il

se plaignit de douleurs dans les jambes et eut un peu de diarrhée. Deux jours après, il allait mieux, mais le genou gauche était enflé. Le jour suivant la douleur abdominale et la diarrhée reparurent et quelques taches purpuriques se voyaient sur les jambes. Deux jours après, il fut admis à l'hôpital.

Il vomissait alors de petites quantités de liquide jaune brun, fétide. L'abdomen était tendu et rigide, mais non distendu, la rigidité étant surtout marquée au-dessous et à droite de l'ombilic. Sous le chloroforme, on sentit une petite tumeur ferme dans la fosse iliaque droite. Elle était librement mobile et glissait entre les doigts.

On ne voyait aucune tache purpurique.

La laparotomie fut pratiquée et l'on trouva que la tumeur était due à une congestion intense du bout inférieur de l'iléon qui projetait comme un collier dans l'intérieur du cœcum.

L'abdomen fut refermé et la plaie guérit par première intention.

Deux jours après l'opération, le côté gauche de la face était très enflé et l'œil gauche était presque fermé. Puis la région se décolora et devint évidemment purpurique. Plusieurs jours après, il y avait une éruption purpurique profuse sur les mains, les jambes, le tronc.

Obs. XIX (Goldsmith).

L'enfant R..., âgé de 7 ans, demurant à Orléans, entre le 19 mars à l'hôpital, parce qu'il présente des taches ecchymotiques sur les diverses parties du corps, et des épistaxis à répétition. Rien à remarquer dans ses antécédents héréditaires ni collatéraux. Une rougeole à l'âge de 4 ans.

Le 11 *mars*, l'enfant se plaint de mal de gorge, qui dure 3 jours, et de douleurs dans le ventre. Le troisième jour il se produit des vomissements qui, au dire des parents, sont noirs, c'est ce qui nous fait penser aux hématémèses ; ces vomissements sont accompagnés d'épistaxis, qui se renouvellent plusieurs fois dans la journée.

Le 16, éclatent des troubles gastro-intestinaux : crises dysentériformes, avec selles sanglantes. Apparition de larges taches ecchymotiques sur les coudes et les deux oreilles. Les épistaxis persistent jusqu'à son entrée à l'hôpital le 19 mars.

A son entrée, nous trouvons un état général légèrement atteint, un peu de pâleur du visage. En découvrant le petit malade, on est frappé par la présence de larges plaques ecchymotiques violacées, quelques-unes ayant les dimensions d'une large paume de main, siégeant surtout aux fesses et sur les faces antérieures des bras. Ces

larges taches alternent avec des pétéchies et des vibices. En présence de cette manifeste éruption, nous portons le diagnostic de purpura type Werlhof. Dans la journée l'enfant présente des crises dysentériques aiguës, envies fréquentes avec ténesme, selles diarrhéiques mélangées de sang, 20 selles dans les 24 heures. Pas de fièvre, 37°.

Le 20, même état. On donne du chlorure de calcium et ergotine, 0 gr. 50. L'examen du cœur et des poumons ne révèle rien de particulier. Foie normal. Les urines sont normales. Température : 37°2. Pouls fréquent et faible, 120 pulsations.

Le 21, il semble que sous l'influence du traitement, les selles sanglantes diminuent, deux seulement dans la journée : les ecchymoses et les taches purpuriques commencent à s'effacer ; au niveau des larges plaques ecchymotiques apparaissent des escarres. L'état général s'améliore sensiblement. Pas de fièvre.

Le 22, plus de selles sanglantes. Deux selles légèrement diarrhéiques.

On pratique l'examen du sang, voici ce que nous trouvons :

Hématies	4.700.000	
Leucocytes	22.000	
Rapport Hématies / Leucocytes	213	600 à 800 normal
Hémoglobine	0,75	1 normal
Valeur globulaire	21,5	27 normal
Leucocytes polynucléaires	°/₀ 81	°/₀ 65 normal
— grands mononucléaires	16	
— lymphocytes		
Leucocytes éosinophiles	1	
Myélocytes	2	très rares normalement
Hématies nucléées	0	

Cette formule dénote tout simplement une infection par l'existence d'une leucocytose et de quelques polynucléaires.

La formule sanguine n'est pas modifiée au point de considérer notre cas, comme étant dû à une maladie des organes hémato-poïetiques, comme prétendent Klippel et Lhermitte ; et que la classification de Lenoble, des purpuras, suivant la *réaction myéloïde*, nous semble plutôt en rapport avec la production d'hémorragies répé-

tées et non pas avec une maladie du sang ou des organes hématopoïétiques.

L'examen du sang et des taches ecchymotiques ne révèle la présence d'aucun microbe, d'aucun germe.

Du 23 au 25 mars, l'état reste presque stationnaire ; mais les taches purpuriques ont disparu ; plus de diarrhée, seulement le malade se plaint encore de coliques très intenses. On supprime l'ergotine.

Le 26, nouvelles poussées de pétéchies sur le dos des mains et sur les fesses.

Le 27, notre petit malade est guéri. Plus de coliques, plus de diarrhée, plus d'éruption. Température : 37°I. Urines normales. Poumons, cœur normaux.

Le 28, pour la première fois, nous trouvons de l'albumine dans l'urine, 1 gr. 10 par litre. Un cœur légèrement arythmique.

L'arythmie et l'albuminurie persistent jusqu'au 10 avril.

Le 11 *avril*, quelques traces d'albumine seulement.

Les jours suivants, plus de traces. L'état général est très satisfaisant, et notre petit malade quitte l'hôpital le 25 avril, complètement guéri.

Vu :
Le Président de la Thèse,
HUTINEL.

Vu :
Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
P^r^ *Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris*
L. LIARD.

CONCLUSIONS

Les accidents abdominaux se présentent le plus souvent au cours du purpura rhumatoïde et guérissent en général avec le purpura.

Mais il peut être difficile de diagnostiquer la variété d'un purpura, et parfois un purpura rhumatoïde évolue ensuite comme un purpura infectieux.

Les crises douloureuses peuvent simuler diverses affections telles que colique de plomb, colique hépatique, appendicite, occlusion intestinale, péritonite par perforation, invagination intestinale. Plusieurs de ces affections peuvent d'ailleurs exister réellement, associées au purpura. La perforation intestinale (ou gastrique) est exceptionnelle ; l'invagination n'est pas très rare au cours des purpuras. Le diagnostic de l'intervention chirurgicale est parfois difficile.

Le traitement est d'abord symptomatique : compresses humides, glace, opium, morphine.

On a cherché à combattre la cause même, réelle ou supposée, du purpura, par divers traitements : chlorure de calcium, sérum de cheval, sérum antidiphtérique.

Tout récemment on a essayé les injections de peptone de Witte, qui sont encore à l'étude.

BIBLIOGRAPHIE

Apert. *Le purpura, sa pathogénie et celle de ses diverses variétés cliniques.* Thèse de Paris, G. Steinheil, 1897, p. 67.

Bérard et Roubier. Classification et pathogénie des purpuras. *Gazette des Hôpitaux*, 1907, nos 137 et 140, p. 1635 et 1671.

Binet. *Revue médicale de la suisse romande*, 1886.

Brocq. *Dermatologie pratique*, t. I, p. 332.

Brouardel et Gilbert. *Traité de Médecine*, 1903, article Purpura.

Burrow (Harold). *British Journal of children's diseases*, 1904, n° 1.

Calmels. *Troubles gastro-intestinaux dans les purpuras.* Thèse de Paris, 1902, p. 35, 42, 47.

Collinson. A case of enteric intussusception with Henoch's Purpura. *Lancet*, 12 mars 1910, p. 716.

Comby. *Progrès médical*, 1880.

Cook. Henoch's purpura, Laparotomy, Pneumonia, Death. *Lancet*, 27 nov. 1909.

Couty. *Gazette hebdomadaire*, 1876 et in thèse de **Vielliard**, p. 78.

David. Un cas de péritonisme au cours d'un purpura rhumatoïde chez un syphilitique secondaire. *Tribune médicale*, 19 nov. 1904.

Dœbeli. Ueber « Purpura abdominalis ». *Correspondenzblatt für Schweitzer Aerzte*, 1908, nos 7, 8 et 9.

Faisans. *Purpura myélopathique.* Thèse de Paris, 1882.

Goldsmith. *Contribution à l'étude du purpura hémorragique dit primitif.* Thèse de Paris, 1909.

Greig. *Scottish medical and surgical Journal*, avril 1908.

Grenet. *Pathogénie du purpura.* Thèse de Paris, 1905, p. 174.

Guinon et Vielliard. Les paroxysmes douloureux abdominaux au cours du purpura chez l'enfant. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, déc. 1907, p. 529 562.

Henoch. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1868, n° 50 ; — 1874, p. 641.

— *Vorlesungen über Kinderkrankheiten.* Berlin, 1903.

Hutinel. *Les maladies de l'enfance*, t. II, art. Purpura, p. 424-432.

— Les néphrites du purpura. *Gazette des Hôpitaux*, 8 déc. 1910, n° 140.

Hutinel. De quelques variétés cliniques de purpura. *Semaine médicale*, 2 avril 1890, p. 105.

Jacobson. Hemorragic appendicitis as the first manifestation of purpura hemorragica. *Medical Records*, 7 fév. 1903.

Laing Gordon. A rare form of Purpura. *Lancet*, 1903, p. 433.

Le Gendre. *Congrès de pédiatrie* de Marseille, 1898.

Lett (Hugh). Purpura de Henoch et invagination. *Lancet*, 1909, n° 11, p. 534.

Longley. A case of Henoch's Purpura. *British medical Journal*, 14 avril 1906.

Martin de Gimard. *Du purpura hémorragique primitif.* Thèse de Paris, 1888, p. 79 86, 105.

Milligan. *Lancet*, 1888, p. 864.

Mills (Percival). Purpura hemorragica with abdominal crises due to intestinal effusion. *Lancet*, 24 juill. 1909, p. 223.

Nobécourt. Les accidents abdominaux au cours du purpura. *Journal de Médecine de Paris*, sam. 30 avril 1910, n° 18, p. 307.

Nobécourt et Tixier. Un cas de purpura hémorragique traité par des injections sous-cutanées de peptone de Witte. *Bulletin de la Soc. de Pédiatrie*, nov. 1910, n° 8, p. 444-455.

— Considérations cliniques et hématologiques sur quelques cas de purpura. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 28 avril 1910, p. 456-474.

Osler. Complications viscérales des purpuras. *American Journal med. sc.* déc. 1895, p. 629.

Parker Parkinson. Henoch's purpura. *Royal society of medicin.*, 26 mars 1909, *Anal.* in *Lancet*, 1909, p. 1179.

Pybus. A case of Henoch's purpura Laparotomy-Recovery. *Lancet*, 9 oct. 1909, 2e vol., p. 1074.

Robinson (Betham). Henoch's purpura with enteric intussusception. *Lancet*, 1er oct. 1910, p. 1008 et 1009.

Silbermann. *Henoch's Festschrift*, 1890.

Stieldorf. *Essai sur le purpura hemorragica.* Thèse de Strasbourg, 1864.

Sutherland. Gastro-intestinal crises from effusion into the bowel wall. *Lancet*, 26 juin 1909, p. 1817.

— Intussusception and Henoch's purpura. *British Journal of Children's diseases.* January 1904, p. 23.

Tarrieux et Vidal. Purpura rhumatoïde avec paroxysmes douloureux abdominaux et phénomènes péritonitiques. *Soc. de méd. milit. franç.*, 23 juin 1908.

Vielliard. *Etude des crises douloureuses en rapport avec le purpura.* **Thèse** de Paris, 1907.

Wagner. *Archiv für Heilkunde okt.*, 1869, s. 361.

Willan (Robert). *Cutaneous diseases*, 1808, p. 457.

Zaaijer. Purpura en darminvaginatie. *Nederlandsch Tidjschrift voor geneeskunde*, n° 7, p. 532 à 542.

Saint-Brieuc. — Typ. F. Guyon (1911).